



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Atenção Primária em Saúde e mobilidade populacional na favela da Rocinha, Rio de Janeiro”

por

Mariana Brandão Streit

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Valéria Ferreira Romano*

Rio de Janeiro, maio de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Atenção Primária em Saúde e mobilidade populacional na favela da Rocinha, Rio de Janeiro”

apresentada por

Mariana Brandão Streit

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Luciana Maria Borges da Matta Souza

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes – Orientador principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S914 Streit, Mariana Brandão
Atenção Primária em Saúde e mobilidade populacional
na favela da Rocinha, Rio de Janeiro. / Mariana Brandão
Streit. -- 2014.
99 f. : il.
Orientador: Marcondes, Willer Baumgarten
Romano, Valéria Ferreira
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família.
3. Território. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.12



AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 21 de maio de 2014.

Mariana B. Streit.

Mariana Brandão Streit

Dedico estes escritos aos moradores da Rocinha;

Ao Tom por seu apoio durante a dupla-gestação: deste projeto e de Joana;

À Joana, que esteve sempre junto: primeiro dentro de mim, depois ao lado, me fazendo companhia enquanto escrevia, em casa, nos dias quentes de verão do Rio de Janeiro.

Agradeço à vida e as oportunidades
Aos moradores da Rocinha e aos profissionais que me apoiaram

À Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro e sua parceria com a coordenação
deste Mestrado

Ao encontro com novos amigos
À Valéria, farol de luz, pelo imenso apoio na realização deste projeto
Ao Carlos Otávio, por seu conteúdo compartilhado
Ao Felipe, “o médico de família e comunidade”
Ao Odalci, nosso grande mestre

Um Sonho de Juana

Ela perambula pelo mercado de sonhos. As vendedoras estenderam sonhos sobre grandes panos no chão.

Chega ao mercado o avô de Juana, muito triste porque faz muito tempo que não sonha. Juana o leva pela mão e ajuda-o a escolher sonhos, sonhos de marzipã ou algodão, asas para voar dormindo, e vão-se embora os dois tão carregados de sonhos que não haverá bastante noite.

— Eduardo Galeano, *Mulheres*, 2007.

Resumo

Esta dissertação trata da atenção primária em saúde (APS) e da mobilidade populacional na Favela da Rocinha, comunidade que tem como característica ser composta em grande parte por imigrantes nordestinos, e ter intensa mobilidade populacional. Sendo a Estratégia da Saúde da Família pautada na adscrição territorial da população, este estudo busca analisar como são prestados cuidados primários em saúde em três equipes de Saúde da Família face à mobilidade populacional na Favela da Rocinha. Trata-se de pesquisa qualitativa de tipo exploratório, que utiliza três técnicas para coleta dos dados: a observação participante, o grupo focal, e a entrevista semiestruturada. Análise do material foi feita com base em Bardin (1979), e as categorias se transformaram em capítulos sobre a dinâmica de mobilidade na Favela, e sobre o cuidado em APS a partir dos atributos de Starfield (2002). A adscrição territorial da população apareceu como barreira para o alcance dos atributos, principalmente acesso e longitudinalidade. Para garantia de acesso e longitudinalidade muitos moradores apresentam diferentes endereços. A falta de integração no sistema de prontuários eletrônicos apareceu como principal fator que dificulta a coordenação do cuidado. As equipes que se aproximaram mais da orientação dos atributos da APS foram as que flexibilizaram as regras da adscrição. Sugere-se que as equipes utilizem mais a competência cultural e a orientação na comunidade a fim de que o cuidado seja oferecido a partir das necessidades da população, e que a fronteira da adscrição não seja empecilho para acesso e longitudinalidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Território.

Abstract

This study addresses concern with the primary health care (APS) related to the population mobility in Rocinha's Favela. The community is mainly composed by Northeastern immigrants with an intense population mobility. The Family Health Strategy's works based in territorial ascription of the population and this research aims to analyze how primary health care is provided in three specific health teams of Family Health Strategy, considering the population mobility in Rocinha. It is an exploratory qualitative research, based on three techniques for data collection: participant observation , focus groups , and semistructured interviews. The analysis of the material was based on Bardin (1979) , and the categories were transformed into chapters. The chapters elaborate about to the dynamics of mobility in Favela and primary health care including Starfield's attributes . The territorial ascription of the population appeared as the main aspect that difficult the achievement of primary health care attributes, especially access and longitudinality . To guarantee access and longitudinality many residents end up lying their addresses . Moreover, the lack of integration into the electronic medical records system in Rocinha appeared as the main factor that difficult the coordination of care. However, the health teams that had more flexibility with the territory ascription rules could get closer to the primary health care principles. It is suggested that health teams use "cultural competence" and "community orientation" so that care can be offered from population needs in health and that the boundary of the ascription is not an impediment to access and longitudinality, and it is also suggested that the ascription boundary must not be an impediment to access and longitudinality, central principles of primary health care.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Territory.

Sumário

1	Introdução	12
2	Objetivos da pesquisa.....	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos.....	15
3	Referencial teórico	16
3.1	Sobre Atenção Primária em Saúde e peculiaridades brasileiras.....	16
3.2	O território adscrito e a Estratégia de Saúde da Família.....	18
3.3	Rocinha: história de migração e dinâmica populacional.....	21
3.4	Sobre mobilidades e migrações.....	27
4	Metodologia.....	34
4.1	Desenho do estudo.....	34
4.2	Cenário.....	34
4.3	Sujeitos	37
4.4	Instrumentos de coleta	39
4.5	Procedimentos metodológicos.....	40
4.6	Aspectos éticos.....	43

5 Resultados e discussão	45
5.1 Vida de cigana: sobre dinâmicas de mobilidade na Rocinha	45
5.2 O cuidado em APS: seus atributos	55
5.2.1 Acesso: portas abertas ou fechadas?	58
5.2.2 Longitudinalidade ou ruptura.....	63
5.2.3 A integralidade	70
5.3.4 A coordenação do cuidado	75
6 Considerações finais	82
7 Referências	85
8 Anexos	92
8.1 Roteiro para grupo focal.....	92
8.2 Roteiro para entrevista.....	93
8.3 Termo de consentimento livre e esclarecido para Agentes Comunitários de Saúde	94
8.4 Termo de consentimento livre e esclarecido para médicos e enfermeiros.....	96
8.5 Termo de consentimento livre e esclarecido para moradores	98

Lista de abreviaturas

Agente Comunitário de Saúde.....	ACS
Área programática	AP
Atenção Básica.....	AB
Atenção Primária em Saúde	APS
Centro de Atenção Psicossocial.....	CAPS
Clínica da Família	CF
Clinica da Família Rinaldo Delamare	CFRDM
Clinica da Família Maria do Socorro Silva e Souza	CFMSSS
Centro Municipal de Saúde	CMS
Centro Municipal de Saúde Doutor Albert Sabin	CMS DAS
Departamento de Atenção Básica	DAB
Estratégia de Saúde da Família.....	ESF
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Médico de Família e Comunidade	MFC
Ministério da Saúde.....	MS
Organização Internacional de Migração.....	OIM
Programa Nacional de Atenção Básica.....	PNAB
Saúde da Família.....	SF
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.....	SMSDC RJ
Sistema Único de Saúde	SUS
Sistema de Regulação.....	Sisreg
Termo de consentimento livre e esclarecido	TCLE
Unidade de Pronto-Atendimento.....	UPA
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	UFRGS

1. Introdução

O contexto social e institucional em que se insere este estudo nasce do encontro entre minha prática profissional com a oportunidade de aprofundamento acadêmico através deste Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, com ênfase na Saúde da Família.

Sobre minha implicação com o tema estudado, vim do Rio Grande do Sul para o Rio de Janeiro trabalhar como médica de família e comunidade na Favela da Rocinha. Minha equipe atendia a população que fazia fronteira com o bairro da Gávea, e era, portanto, paisagem marcada por forte contraste. Os moradores eram em grande parte nordestinos ou filhos de nordestinos, e eu me identificava com a questão da migração pelo fato de ter vivido durante toda a vida no Rio Grande do Sul, estado que faz extensa fronteira com Uruguai e Argentina, e por ter nascido em uma cidade litorânea de fronteira dos Estados Unidos com o México, outra paisagem de grandes contrastes.

Além disso, meu primeiro contato com a APS foi na Vila Dique, em Porto Alegre, contato que durou do primeiro semestre de faculdade até a conclusão de minha Residência em Medicina de Família e Comunidade. A Vila Dique era uma comunidade extremamente pobre, e sua população era composta por imigrantes do interior do estado que “iam para a cidade grande em busca de uma vida melhor”, como os imigrantes nordestinos na Rocinha.

Barbara Starfield (2002) definiu APS como sendo

aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. [...] É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. (STARFIELD, 2002, p.28)

A autora teve o mérito de sistematizar as características da Atenção Primária em Saúde, e descreveu o que chamou de “atributos essenciais” da APS, que são: primeiro contato ou porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além dos “atributos derivados”: orientação na família, competência

cultural e orientação comunitária. É um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é o modelo prioritário de se fazer Atenção Básica (AB) ou APS, que aqui trataremos como sinônimos. Tem como especificidade ser composta por equipe multiprofissional, com a presença do ACS, devendo cobrir uma população recomendada de 3 mil pessoas, podendo chegar até 4 mil (PNAB, 2012) e, embora se oriente que o critério de vulnerabilidade seja considerado, a orientação não costuma ser respeitada.

São, dentre outros, fundamentos e diretrizes da AB (ou APS),

Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado; (PNAB, 2012, p.20).

Embora este trecho não especifique a adscrição como territorial, na parte referente às atribuições dos profissionais da AB, está colocado:

Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; (PNAB, 2012, p. 42).

A PNAB (2013) ressalta a importância do vínculo longitudinal entre população adscrita e equipe, e coloca como responsabilidade dos profissionais o processo de territorialização, o que pressupõe que a adscrição se dê por base territorial, nas áreas da equipe e microáreas dos ACS.

O cenário deste estudo é a favela da Rocinha. Apesar dos dados do IBGE (2010) mostrarem que cerca de 30% da população nasceu em algum estado do Nordeste, a

impressão que se tem é de que a absoluta maioria da população da Rocinha é imigrante nordestina, dada a força da cultura, impressa no sotaque, no forró, na comida.

Outra característica marcante da Rocinha (e de muitas favelas), é a mobilidade populacional. Em 1999, Victora escreveu que

“Uma das características mais marcantes das vilas de favela é [...] o uso que os moradores fazem do espaço, do tempo e, particularmente, destes dois na organização da unidade doméstica. [...] Há muitos arranjos domiciliares e especialmente arranjos que mudam em períodos curtos de tempo [...] O que faz desses arranjos peculiares é a rapidez com que eles mudam, tornando a composição da unidade doméstica bastante fluida. [...] para se estudar adequadamente questões de família, unidade doméstica e organização espacial em vilas de favela é necessário compreendê-las como processos dinâmicos, na medida em que as mudanças são elementos constitutivos do cotidiano das vilas (de favela)” (Victora, 1999).

Como médica de família, percebia essa fluidez do habitar no cotidiano das pessoas, e o impacto no cotidiano de nosso trabalho. Eram diversas as causas: casamentos; mulher que engravida e vai morar com o namorado, e volta para a casa da mãe para que esta ajude no cuidado da criança; questões relacionadas ao tráfico; e tantas outras. Para Aragão (2010), a Rocinha é como uma síntese da “mobilidade espacial da metrópole”, onde acontecem deslocamentos de trabalho para a “cidade”, deslocamento em decorrência de remoções, de especulação imobiliária, entre outros. (ARAGÃO, 2010). Muitos são os motivos que fazem da Rocinha um local de intensa mobilidade da população.

Nosso estudo questiona o encontro (ou desencontro) entre a APS, no modelo de Saúde da Família pautado na adscrição territorial, e a mobilidade populacional, e se utiliza da literatura sobre mobilidade e atenção primária em saúde para estruturar a base teórica de nossa discussão. Se na Saúde da Família uma equipe é responsável pelo cuidado da população que vive dentro do território adscrito, o que acontece quando uma pessoa que tem vínculo com a equipe sai daquela área? Ou, trazendo para nosso cenário: posto que as pessoas na Rocinha mudam muito de endereço, como fica o cuidado dessas pessoas? É o que tentamos responder.

2Objetivos da pesquisa

2.1 Geral

Analisar como as três equipes entrevistadas da Estratégia Saúde da Família organizam o cuidado em Atenção Primária, considerando seus atributos, face à mobilidade populacional na Favela da Rocinha, Rio de Janeiro.

2.2Objetivos específicos

- 1) Descrever a dinâmica de mobilidade da população da Rocinha.
- 2) Identificar estratégias que as equipes estudadas encontram para alcançarem os atributos da APS.
- 3) Identificar fatores que dificultam as equipes estudadas a alcançarem os atributos da APS.
- 4) Identificar estratégias que os moradores entrevistados buscam para obterem cuidados em atenção primária.

3Referencial teórico

3.1 Sobre Atenção Primária em Saúde e peculiaridades brasileiras

Atenção Primária em Saúde (APS) refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas que no Brasil, durante o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado Atenção Básica (AB) à Saúde (Giovanella, 2009).

Já na década de 1920 a APS era anunciada no Reino Unido através do conhecido relatório Dawson (Conill, 2008).

Nos Centros Primários de Saúde se concentrariam as atividades e serviços de saúde dos distritos atendidos. O traço distintivo destes centros primários de saúde, em contraste com os centros secundários de saúde, é que os profissionais dos primeiros seriam médicos generalistas. (OPAS, 1964)

Em âmbito mundial, o grande marco histórico foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (APS), organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), realizada em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética (Giovanella, 2009; Francoe Merhy, 2006). A “Declaração de Alma-Ata” lança a “Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000” em que os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta, “todos”, fosse alcançada (Giovanella, 2009). Infelizmente, são já passados anos desde que estivemos em 2000, e a meta ainda está longe.

A Declaração definia os cuidados primários de saúde como essenciais, baseados em métodos e tecnologias, práticas cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal das pessoas e famílias da comunidade, mediante sua participação e a um custo possível de manutenção. Esses cuidados representam o primeiro nível de contato com o profissional de saúde, e são por eles que os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham; em que constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência. Incluídas a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação (“*Saúde para todos...*”, 1978; Giovanella, 2009).

Starfield (2002) define quatro atributos essenciais da APS: 1) o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, 2) a longitudinalidade e 3) a

integralidade da atenção e 4) a coordenação da atenção dentro do sistema; e enfatiza a presença de outras três características, os chamados atributos derivados: 5) a atenção à saúde centrada na família, 6) a orientação comunitária e 7) a competência cultural. Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de apresentarem-se intimamente inter-relacionados na prática clínica. Por conseguinte, um serviço de Atenção Básica dirigido à população pode ser considerado provedor de Atenção Primária quando apresentar os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados (Harzheimet alii, 2004; Starfield, 2002; Giovanella, 2006 e 2009).

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define Atenção Básica com o seguinte conceito:

Conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...]

[...] deve ser o contato preferencial dos usuários a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se [a política] pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2012b)

A APS brasileira tem como modelo preferencial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que aparece em 1994 como um programa (PSF), mas que passa a ser considerada uma estratégia para reorientação do modelo assistencial (Conill, 2008). São características particulares da ESF o trabalho em equipes multiprofissionais compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); a organização sobre base territorial, onde cada equipe tem responsabilidade sanitária sobre o território de abrangência e pela população adscrita a esse território (Brasil, 2012b; Barcellos, 2008).

3.20 território adscrito e a Estratégia de Saúde da Família

Para pensar sobre o trabalho das equipes de saúde da família, é necessária uma aproximação com a discussão sobre o “território”. Afinal, de que território falamos? Não há consenso entre os muitos conceitos; apesar de ser central para a Geografia, o conceito de território tem tradição em muitas áreas – Geografia, Economia, Ciência Política, Antropologia, Sociologia, Psicologia –, e cada uma traz um enfoque centrado em uma determinada perspectiva (Haesbaert, 2009). Souza (2008) afirma que houve certo modismo na busca pelo conceito de território no Brasil.

Autores clássicos da Geografia tendem a definir território desde um “substrato espacial material” – as formas espaciais, objetos geográficos tangíveis... edificações, campos de cultivo –, passando por definição de território como uma área delimitada pelas fronteiras do Estado-nação, como para Ratzel (1990), e ampliado o conceito em Claude Raffestin, que define o território a partir das relações de poder, não apenas do Estado, mas dos atores que surgem da população (Monken, 2008). São muitos os autores que discutem o conceito, e não é a intenção deste estudo discuti-los em profundidade.

É importante colocar, entretanto, que na década de 1970, acontece uma mudança na produção do conhecimento geográfico, com o aparecimento da “Geografia crítica”, que apesar da heterogeneidade nas produções, tem como característica comum estar em oposição à injusta realidade social e espacial existente, crente no conteúdo político do discurso científico e na capacidade do conhecimento geográfico como instrumento de combate (Ribeiro de Campos apud Diniz Filho, 2001).

A saúde se aproxima dos conceitos de espaço e principalmente de território a fim de buscar instrumentos teórico-metodológicos que lhe permitam entender o processo saúde-doença como manifestação social (Faria e Bortolozzi, 2009). Milton Santos influenciou muito o campo da saúde com suas obras. Sobre o espaço, Santos (2004) diz que:

Com o papel que a informação e a comunicação alcançaram em todos os aspectos da vida social, o cotidiano de todas as pessoas assim se enriquece de novas dimensões. Entre estas, ganha relevo a sua dimensão espacial, ao mesmo tempo em que esse cotidiano enriquecido se impõe como uma espécie de quinta dimensão do espaço banal, o espaço dos geógrafos. [...] Através do entendimento desse conteúdo geográfico do cotidiano poderemos, talvez, contribuir para o necessário entendimento dessa

relação entre espaço e movimentos sociais, [...] O espaço inclui, pois, essa conexão materialística de um homem com o outro. (Santos, 2004, p.321)

E sobre os migrantes, afirma:

Hoje, a mobilidade se tornou praticamente uma regra. O movimento se sobrepõe ao repouso. Os homens mudam de lugar, como turistas ou como imigrantes. Mas também os produtos, as mercadorias, as ideias. Tudo voa. (Santos, 2004, p. 328)

Fica uma questão: será que na forma de organizar o sistema de saúde e a Estratégia da Saúde da Família, este território “fluido”, vivo, em processo, que está sendo usado, está sendo de fato considerado? De que território falamos? Em que território trabalhamos?

Um dos atributos da APS é a orientação na comunidade: os serviços de saúde devem se organizar, pensar e fazer seus processos de trabalho a partir da realidade dos territórios onde se situam, a partir de como vivem as pessoas, afinal, o serviço é para essas pessoas. A descrição da população na Saúde da Família, se por um lado coloca como necessário que a equipe conheça profundamente a dinâmica da população, a fim de prestar melhores cuidados em atenção primária; por outro, não prevê o cuidado daquelas pessoas que, pelos mais diferentes motivos, não permanecem vivendo no mesmo local durante suas vidas, e que por isso têm seu cuidado interrompido.

A definição de território que assumimos aqui é, além de espaço físico e material, o lugar aonde vivem as pessoas que são o objeto de cuidado das equipes de saúde, são o motivo, a razão de ser do serviço de saúde. Em consonância com a PNAB (2013), deve-se considerar a dinamicidade da população nas comunidades, no caso estudado, a Favela da Rocinha.

Voltamos, então, para a Estratégia da Saúde da Família (ESF), que é a estratégia adotada para a reestruturação do SUS a partir da APS (ou da AB). Iniciou como Programa da Saúde da Família (PSF) com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS 96, mas é a partir de 2006 (Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006) que a Saúde da Família passa a ser o modelo prioritário para o Ministério da Saúde.

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida

[...]como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

São itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

I – Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) [...]

II – O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS [...]

III – Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;[...]

[...] O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado. (Brasil, 2012b, p. 54-57)

Há, ainda, outras modalidades de equipes de AB para populações específicas, que são as equipes do consultório na rua e as equipes de SF para população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-mato-grossense, essas últimas podendo acontecer em unidades básicas de saúde construídas nas comunidades ribeirinhas ou em unidades fluviais (Brasil, 2012b).

Apesar da orientação ministerial em sustentar a Saúde da Família como eixo reorganizador da saúde no Brasil, as realidades em um país continental são muito distintas e dependentes das coordenações locais para apostas políticas de mudança. As reformas nos grandes centros urbanos passam a ser um desafio, e uma prioridade para o Ministério da Saúde. No município do Rio de Janeiro, a cobertura da ESF em 2009 estava em torno de 7%. A partir desse ano, forte ênfase foi dada para a APS. Ao final de 2012, a cobertura populacional da ESF era de 40% (Harzheim, 2013). Entre 2012 e 2013, realizou-se estudo avaliando o processo de implantação das Clínicas da Família, e o grau de orientação na APS dos diferentes modelos de serviços: unidades tipo A (somente ESF), unidades tipo B (algumas equipes de ESF), e tipo C (unidades

tradicionais, sem ESF). O estudo mostrou, a partir de avaliação por meio de instrumento PCA-Tool validado para o Brasil, que as unidades do tipo A (somente ESF) apresentam maior orientação na APS que os outros modelos. Entretanto, o estudo aponta vários pontos a serem melhorados. Nosso estudo atenta para mais um ponto a ser analisado na avaliação dos serviços no município.

3.3A favela da Rocinha: história de migração e dinâmica populacional

Já há mais de um século que as favelas vêm se espalhando pelo tecido da metrópole carioca. Reza a lenda que o nome “favela” pertence a uma leguminosa de onde os soldados da Guerra de Canudos estiveram acampados, na Bahia. Quando aqui chegaram, foram habitar as encostas do Morro da Providência, ou Morro da Favela. E passou-se a chamar favela os espaços identificados como ocupações ilegais, situada nas encostas de morro, em condições precárias de moradia, infraestrutura e serviços urbanos. O “favelado”, por sua vez, passou a identificar o migrante pobre, semianalfabeto, biscateiro, incapaz de se integrar e se adaptar ao mercado de trabalho da cidade moderna, industrial (Preteceille e Valladares, 1999).

Foi em 1950 que o IBGE incluiu pela primeira vez a favela na contagem da população, e considerou as favelas como “aglomerados subnormais”, sob uma série de critérios que consideravam os aspectos físicos: tamanho, tipo de habitação, disponibilidade de serviços, urbanização. Autores chamam a atenção para o equívoco recorrente de considerar a favela um lugar homogêneo (Oliveira apud Valladares, 2005).

A favela da Rocinha – “maior favela da América Latina” – está situada no morro Dois Irmãos, na Zona Sul do Rio de Janeiro; é atravessada pelas curvas asfaltadas da Estrada da Gávea e faz divisacom os bairros nobres de São Conrado e da Gávea, explicitando em suas fronteiras a desigualdade social. Em 1993, a Rocinha foi outorgada bairro. Os dados acerca de seu contingente populacional são controversos, mas algumas fontes contam entre 69 (Ferreira, 2003) e 200 mil habitantes (Leitão, 2007).

Embora não exista documentação histórica do surgimento da Rocinha, existem algumas versões correntes. Uma é de que a Rocinha seria parte de uma grande fazenda, em que os vigias permitiam a construção de alguns barracos, iniciando o processo de favelização entre o final do século XIX e o início do XX (cf. Aragão, 2010).

Algumas fontes relatam que a companhia francesa Castro Guidon, por volta de 1930, teria comprado parte das terras e revendido lotes a comerciantes portugueses; outros dizem que os primeiros moradores já seriam nordestinos (Ferreira, 2006).

O nome Rocinha, para a maioria dos moradores, se deve a uma horta que teria existido até 1960 (Ferreira, 2003; Leitão, 2007; Aragão, 2010). A partir dessa época ocorreram importantes mudanças em decorrência da intensificação do processo das migrações internas desde Minas Gerais e principalmente do Nordeste do Brasil, sendo grande parte desses fluxos do tipo rural-urbano. A melhoria dos meios de transporte e dos meios de comunicação de massa serviu para alimentar a “ilusão migratória”, facilitando os fluxos pela circulação das informações e pelo fortalecimento das redes sociais que articulavam o local de partida com o de destino (Aragão, 2010; Barbosa, 2009). Há quem chame a Rocinha de “a segunda maior cidade do Ceará, depois de Fortaleza” (Leitão, 2009), tamanho o volume de migração cearense.

Entretanto, quem é esse migrante? Perlman (2002), em *O mito da marginalidade*, com primeira edição em 1977, estuda três favelas cariocas (não inclui a Rocinha) e diz que a maioria dessa população era de migrantes, com distintas experiências migratórias: homens casados vindos da agricultura, mulheres solteiras vindas de centros urbanos, alguns ainda crianças, outros adolescentes, adultos e idosos. O autor coloca que não conseguiu estabelecer uma “tipologia” para o migrante. Cita alguns estudos que teriam mostrado que a migração do campo para a cidade é geralmente seletiva: os membros mais dinâmicos da população rural emigram para as cidades.

[...] comumente os migrantes são homens de ação ou que possuem qualidades potenciais de liderança e organização. Possuem horizontes culturais mais amplos do que a média [...]. (Perlman, 2002)

Em seu estudo, Perlman encontrou, apesar da ideia de que os migrantes sejam homens do campo expulsos pelas secas do Nordeste, variados locais de origem, e variadas razões para a migração; nos relatos havia motivos econômicos, questões de família e de saúde, e poucos casos de expulsão dos locais de origem por desastres naturais ou sociais, e conclui pontuando que a maioria não define com precisão seus motivos para migrar (cf. Perlman, 2002).

Barbosa (2009) discute o sentido de comunidade do migrante nordestino no Rio de Janeiro. Para isso, procurou compreender desde os fatores pré-migratórios, ou

da decisão, passando pelo deslocamento em si, até a chegada e a integração na comunidade nordestina na cidade. Para isso contesta a ideia de Durham, para quem não há possibilidade de formação verdadeira de comunidade na sociedade de destino pelos migrantes devido à dispersão e dissociação daqueles que se deslocaram social e espacialmente. Barbosa (2009) se apoia então na noção de comunidade mais flexível de Weber e Anderson, que tem em comum a importância dada às formas de significação coletiva e à ideia de pertencimento. Comunidades só existem pela significação que se expressa a partir de determinadas concepções e ações sociais comuns (Barbosa, 2009).

A “comunidade” que defende o autor é uma espécie de comunidade imaginada (Anderson apudBarbosa, 2009), com fronteiras fluidas, descontínuas e amorfas, mas que em certas situações e eventos suscitam o sentido de pertencimento a uma associação de comuns ou a um sentido de comunidade. Dos muitos princípios que constituem esse sentido, um dos principais está relacionado ao próprio projeto migratório. A ideia de “mundos interconectados” ou da interconexão de mundos sociais influi no projeto de migrar. O autor em seu texto transcreve relatos bastante ilustrativos, de pessoas que migravam para o Rio de Janeiro e voltavam para o Nordeste representando a imagem idealizada do Rio como *locus* privilegiado da modernidade e do bem viver. Imagens de Copacabana, do Corcovado e do Maracanã passam a fazer parte da fantasia dos grupos de amigos. O projeto de migração ultrapassa o foro íntimo ou familiar e se estende para toda uma geração local, reforçando laços de amizade e sentido de pertencimento comunitário a um grupo com um sonho comum, o de migrar (Barbosa, 2009).

O segundo momento do processo da migração é o deslocamento em si que, com as relações sociais e as marcas ocorridas durante o percurso, também se constitui como um dos princípios do sentido de comunidade entre os migrantes.

A viagem se traduz como um tempo e espaço de mediação e interconexão de mundos distintos através de interações, onde e quando se constroi ou se reforça o sentimento subjetivo de companheirismo. Viagens longas, difíceis e de expectativas compartilhadas, onde e quando as relações estabelecidas se estendem para além do grupo de parentesco do local de origem, ampliando-se para demais viajantes. (Barbosa, 2009).

Barbosa (2009) cita Weber, que chama o sentido da comunidade formada a partir das relações estabelecidas na viagem de “comunidades efêmeras”, e Clifford,

que fala sobre a posição transitória do desenraizamento que ocorre nas viagens permitir a consciência do pertencimento. A viagem se traduz como um ritual de passagem de um universo social para outro, e vem carregada não apenas de sonhos, mas também do sofrimento da despedida do lugar de referência, muitas vezes a despedida da família, além da dureza da viagem em si, muitas vezes durando vários dias em pau-de-arara.

Todo mundo vinha amontoado. “Os pau-de-arara vinha todo espremido.” A viagem era desconfortável e cansativa [...], passava-se sede e fome. A comida era repartida inclusive com os que não tinham. Era muita poeira. Higiene precária. Muitos adoeciam. Foi o que aconteceu com seu irmão mais novo que ficou doente no meio do caminho. Sua filha, recém-nascida, também ficou doente, porém, ela não resistiu. Cinco dias depois que chegou ao Rio de Janeiro, faleceu. O caminhão pau-de-arara que trazia a família de seu Josué teve como ponto final o Campo de São Cristóvão. Ali sua família desembarcou e rumaram para a favela da Rocinha. (Barbosa, 2009)

A “terceira etapa” do processo da migração, depois do plano e do deslocamento, é a chegada ao local de destino, o Rio de Janeiro.

Ao mesmo tempo em que seu Josué estranhou a vida no Rio de Janeiro, como a forma de moradia, o jeito de falar dos cariocas e a grandiosidade da cidade, suas avenidas e ruas, teve na Rocinha a compensação de se estar entre familiares e ter como vizinhos alguns conhecidos de seu pai. Além disso, viviam na Rocinha muitas famílias de origem nordestina, condição que amenizava os estranhamentos frente ao desconhecido e favorecia o apoio mútuo entre aqueles que se encontravam na fase de socialização. Juntos se sentiam mais dispostos a enfrentar o desconhecido, como aprender a andar pela cidade [...]. (Barbosa, 2009)

O deslocamento que ocorre na migração não é apenas espacial, mas principalmente social, onde é necessário aprender a conviver com novos códigos sociais e formas de compreensão de estilo de vida. A integração do migrante de origem nordestina a sociedade urbana do Rio de Janeiro acontece pela mediação promovida pelo grupo de parentesco, de amizade e por conterrâneos do local de origem.

O migrante que chega é acolhido pelo migrante já estabelecido, que fica responsável, além do abrigo e do alimento, pela socialização, iniciando-lhes nos códigos de outro universo social; dando acesso ao mercado de trabalho e também

ensinando a se movimentar na metrópole. Essa forma de socialização reforça o sentido de união e de pertencimento (Barbosa, 2009).

Havia, na época, forte associação entre mobilidade social e espacial. Ao longo dos anos, o padrão das migrações mudou, tornando-se bastante mais complexo. Hoje há, concomitantemente, as migrações do Nordeste para o Rio de Janeiro, as “migrações de retorno”, as “repetidas”, e também passa a se perceber certa intensificação das migrações intrametropolitanas (Aragão apud Brito, 2009), mais difícil de quantificar, até pela carência de dados no IBGE.

A Rocinha continua crescendo, tanto em área (em direção à Floresta da Tijuca), como verticalmente. Tornou-se um grande labirinto de pequenas ruas, vielas e escadarias, com difícil circulação de ar, de luz e de pessoas (Aragão, 2010). Hoje possui infraestrutura que muitos bairros não têm, tais como bancos, lanchonetes e facilidade de transportes, o que coloca em cheque a caracterização como “favela” ou não, já que a definição de favela vem também da ausência desses elementos.

A Rocinha é considerada por Aragão (2010) como uma síntese da “mobilidade espacial da metrópole”, em que assistimos o deslocamento de trabalho para a “cidade”, a mobilidade em decorrência de remoções e a mobilidade devido à especulação imobiliária, entre outras. “Há importante mobilidade interna na favela”, afirma Aragão. O trecho seguinte evidencia a mobilidade interna em decorrência das “adversidades” da natureza:

As [ocupações] em sua maioria foram realizadas pelos próprios moradores, apesar dos conflitos com o poder público e com as adversidades naturais, como a enchente de 1982, que atingiu a Vila Verde e a Roupa Suja [...]. Pouco tempo depois da enchente, alguns moradores voltaram e outros vieram construir casas, marcando a mobilidade interna [dentro da própria Rocinha]. [...] O mesmo processo se repetiu com a expansão da Dionéia, da Cachopa e do 199. Novos imigrantes se juntaram aos moradores que já residiam na Rocinha e continuam o processo de ocupação [...]. A essa mobilidade interna se soma a transferência de moradores que residiam junto à Passarela e ao Largo do Boiadeiro [...]. Era necessário desobstruir essa área, para a construção do Valão. Seus moradores foram removidos para o Laboriaux [...]. (Aragão, 2010)

Já no próximo trecho, o autor cita a mobilidade em decorrência da especulação imobiliária e em decorrência do tráfico, que parecem ser deslocamentos de “vai-e-

vem”, repetidos, em que os moradores não perdem o vínculo mesmo cotidiano com a favela e, portanto, seguem acessando os serviços de saúde, por exemplo:

A Rocinha é dotada de certa centralidade, pela proximidade de centros de trabalho, serviços e lazer. Como resultado, disputas pelo espaço se acentuam, gerando acelerado processo de especulação imobiliária, implicando na transferência de parte da população para outras favelas, como para Rio das Pedras. (Aragão, 2010)

E acrescento a Aragão: há a transferência da população também para partes menos nobres da Rocinha. A Rocinha mantém fortes vínculos com Rio das Pedras, associado aos preços mais baixos, à distância do tráfico(área de “milícia”) e à formação das redes de relação.

A produção da moradia na favela tem como aspecto marcante a inexistência de regras ordenadoras como aquelas vigentes na cidade oficial. (Leitão, 2009)

A Rocinha é um lugar bastante peculiar, por muitos motivos. Constituída por uma população migrante em sua maioria, e com características a que a ESF deve estar mais atenta, afim de que os serviços de saúde tenham orientação na comunidade, um dos atributos na APS. Confirmando a ideia de que a mobilidade interna nas favelas – e na Rocinha – é diferente dos lugares não-favela, apresento o texto de Victora (1999).

Uma das características mais marcantes das vilas de favela é [...] o uso que os moradores fazem do espaço, do tempo e, particularmente, destes dois na organização da unidade doméstica. [...] Há muitos arranjos domiciliares e especialmente arranjos que mudam em períodos curtos de tempo [...]. O que faz desses arranjos peculiares é a rapidez com que eles mudam, tornando a composição da unidade doméstica bastante fluida. [...] os dados etnográficos coletados ao longo de vários anos indicam que para se estudar adequadamente questões de família, unidade doméstica e organização espacial em vilas de favela é necessário compreendê-las como processos dinâmicos, na medida em que as mudanças são elementos constitutivos do cotidiano das vilas (de favela). (Victora, 1999)

A antropóloga, ao descrever os arranjos familiares na favela como arranjos que mudam em períodos curtos de tempo, de forma mais fluida e dinâmica, nos coloca a necessidade de repensar nosso trabalho em APS. De que forma devemos olhar o migrante com suas demandas próprias nem sempre explícitas, não ditas, mas que carecem de um olhar atento? Como se pode estar “centrado na pessoa”? Como cumprir este outro atributo da APS? Como promover cuidado integral (integralidade),

ao longo do tempo (longitudinalidade) e coordená-lo no sistema (coordenação do cuidado) se a realidade da vida das pessoas é de mudarem seus arranjos domésticos, familiares e, portanto, transporem as fronteiras rígidas das microáreas da SF? Será que nossas fronteiras não deveriam ser mais fluidas para que o cuidado seja mais consistente e melhor embasado nos atributos de um serviço de APS de qualidade?

3.4 Sobre mobilidades e migrações

O objetivo de trazer aqui a discussão teórica sobre a mobilidade e migração é de aproximação com o tema, uma vez que o cenário de estudo é a Rocinha, que tem como característica uma população composta em grande parte por migrantes nordestinos, com arranjos domiciliares que mudam com rapidez, realizando migração ou mobilidade interna na favela. Essa aproximação teórica busca também o encontro com um nome mais adequado para chamar este grupo.

Não fica clara, a partir da leitura dos autores correntes, qual a diferença conceitual entre “mobilidade populacional”, “mobilidade espacial” e “migração”; por que os termos são usados como sinônimos na maioria dos textos. Há, entretanto, uma classificação dos tipos gerais de migração: interna, externa ou internacional. Explicito, adiante, os conceitos encontrados na literatura. Como forma de facilitar esta organização, abordo teorias da migração interna primeiro, amplo para a migração externa ou internacional, e só então trago a discussão sobre migração e saúde, em contexto mundial, uma vez que no Brasil ela não parece estar nas pautas. Para Lee, a migração é um conceito bastante amplo, mas que envolve movimento e moradia:

[...] mudança permanente ou semipermanente de residência. Não se põem limitações com respeito à distância do deslocamento, ou à natureza voluntária ou involuntária do ato, como também não se estabelece distinção entre a migração externa e a migração interna. (Lee apud Oliveira e Oliveira, 2011)

Para Santos (2008), as migrações internas são movimentos de população, que se fazem num quadro nacional, como também regional. Do ponto de vista do volume, pelo menos, é mais constante e significativo na formação atual da população urbana. É resultante, ao mesmo tempo, da atração que a cidade exerce e da repulsão do campo, causas que estão imbricadas e são muito importantes e, às vezes, de difícil apreciação. Uma e outra têm razões econômicas, psicológicas e sociológicas (Santos, 2008).

Embora considere múltiplos determinantes para o processo, o autor coloca a migração interna simplesmente como saída do campo para a cidade.

Brito (2009), em estudo sobre as teorias da migração interna no Brasil, coloca que a maioria delas foi elaborada nos anos 1960e 1970, estando hoje um tanto distanciadas da realidade. Classifica as teorias da migração em econômicas e sociológicas, e se apoia nos textos de autores considerados clássicos para descrevê-las: Michael Todaro e Paul Singer para as teorias econômicas, e Gino Germani e Eunice Durham para as teorias sociológicas.

Todaro partia do clássico artigo de Lewis (“El desarrollo económico com oferta ilimitada de trabajo”, 1963), que observava grande oferta de força de trabalho nos países “em desenvolvimento”, e entendia como fundamental a transferência desse excedente capitalista do rural para o urbano. Todaro atentou para a dificuldade inicial do migrante em conseguir trabalho permanente e bem remunerado, então propõe discutir as fases da chegada do migrante, sendo a fase inicial de maior dificuldade para encontrar emprego (apud Brito, 2009). Na teoria de Singer, as migrações são um mecanismo de redistribuição da população segundo os interesses do processo de industrialização. Tanto para Todaro como para Singer, as migrações são necessárias e positivas para o desenvolvimento do capitalismo nos países em desenvolvimento, e para a mobilidade social dos indivíduos, dentro do contexto dos desequilíbrios setoriais e espaciais de uma economia em desenvolvimento (apud Brito, 2009).

Sobre as teorias sociológicas, Germani traz como pano de fundo a teoria da modernização social (vertente das teorias desenvolvimentistas econômicas). A tese fundamental é que as migrações se constituem num mecanismo fundamental no processo de transição da sociedade tradicional rural para a moderna e, para ocorrer, a sociedade dita tradicional tem de ser “desestabilizada”. Germani coloca como necessário para que ocorra a migração um “efeito demonstração”, através dos meios de comunicação ou das redes de interação social (apud Brito, 2009).

A migração seria um processo social que vai além dos mecanismos do mercado de trabalho, se inserindo em ampla mudança social, cultural e psicossocial, individual e coletiva, sempre na perspectiva do desenvolvimento da sociedade moderna, e por isso da ênfase à importância ao processo de integração social do migrante na sociedade moderna. Brito (2009) atenta ao fato de que em contexto de profundas desigualdades sociais e espaciais, os imigrantes, ainda que mobilizados socialmente pela sociedade

moderna, não obedecem, necessariamente, ao itinerário otimista de Germani quanto a sua integração, sendo empurrados, muitas vezes, em direção à exclusão social.

Segundo Brito (2009), a teoria de Durham, focalizada no caso brasileiro, é mais esclarecedora dos mecanismos sociais envolvidos no processo de migração, inclusive do processo de integração social, discordando de Barbosa, discutido antes. Segundo a autora, para que haja migração, é fundamental que a sociedade agrária tradicional tenha alguma forma de inclusão na “economia competitiva”. Somente assim, a necessidade de melhorar de vida pode levar ao abandono do universo da sociedade tradicional, dentro do qual não há alternativa para a ascensão social. Assim, a migração não é só função da miséria na sociedade de origem, mas da necessidade de melhoria social. E essa necessidade só se realizaria através da migração do indivíduo, como se não restasse alternativa (Brito, 2009).

Outros autores, como Oliveira e Oliveira (2011), classificam as teorias da migração interna (econômicas) em neoclássico-funcionalista, com Lee como representante, e histórico-estruturalista, com o já citado Singer. Lee propõe um esquema analítico que denominou de “fatores do ato migratório”, em que aparecem os fatores associados aos locais de origem e de destino, os obstáculos intervenientes e, por último, os fatores pessoais. Os fatores no local de origem seriam aqueles associados à decisão de migrar, podendo ser positivos, negativos ou nulos. Esses pesos também seriam atribuídos ao local de destino. O saldo desses fatores, mediados pelos obstáculos intervenientes entre a origem e o destino, bem como pelos fatores pessoais, determinariam a decisão de migrar e o sentido do fluxo (Oliveira e Oliveira, 2011).

Para Singer, existiriam fatores de expulsão (subdivididos em fatores de mudança e de estagnação) e de atração. Segundo Singer, o problema central estaria relacionado com as desigualdades regionais, que seriam o motor das migrações internas. No lugar de origem, surgiriam os fatores de expulsão, que se manifestariam de duas formas: fatores de mudança (tecnologias no campo expulsando camponeses e pequenos proprietários) e fatores de estagnação (Oliveira e Oliveira, 2011).

Para Brito (2009), a grande característica do padrão migratório que prevaleceu até os anos 1980 era o desenvolvimento da economia e da sociedade abrindo caminho para a articulação da mobilidade espacial, com a mobilidade social. Contudo, a história mostrou que eram muitos os migrantes, mas nem todos conseguiam alcançar o que

buscavam. Ainda que muitos imigrantes tenham aproveitado as amplas oportunidades econômicas e sociais e conectado a mobilidade espacial com a social, os obstáculos postos pela rígida estrutura social foram extremamente seletivos e o processo de integração social foi muito diferenciado.

A migração e a distribuição da mão-de-obra foram questões marcantes no desenvolvimento regional brasileiro, na constituição da sociedade urbano-industrial e na conformação da sua força de trabalho, diante de uma considerável “assimetria de oportunidades” regionais. “A assimetria de oportunidades, temperada por fortes expectativas de ascensão, marcou as aspirações sociais de várias gerações. Massas populacionais imensas buscaram novos lugares geográficos (promovendo uma das maiores mobilidades espaciais do mundo) e novos loci de status social. (Brandão apud Silva, 2010)

Saliento o uso, no trecho citado, dos termos migração e mobilidade espacial como sinônimos. Os movimentos populacionais passaram a apresentar outro tipo de comportamento nos últimos anos (Silva, 2010), relacionado à internacionalização da economia (Brito, 2009). Muitos autores defendem que hoje não há uma razão majoritária para explicar os movimentos populacionais; há diversos aspectos operando sobre as lógicas de mobilidade: “passamos de uma mobilidade de massas para uma mobilidade singular” (Palomares apud Silva, 2010). Fala-se de uma “regionalização dos fluxos” e encurtamento das distâncias. Nesse contexto, os movimentos temporários também indicam articulação cada vez maior com a mobilidade residencial permitindo outras aspirações em relação ao local de residência para além da relação migração-trabalho. Em espaços metropolitanos, a possibilidade de realizar mais atividades passa pela mobilidade – há um alargamento das distâncias cotidianas e uma diversificação dos fluxos. Portanto, enquanto para as migrações há um encurtamento das distâncias, para os movimentos cotidianos há um alargamento de deslocamentos. Essa mudança parece crucial para a compreensão do espaço urbano na atualidade, uma mudança na escala da urbanização que autores relacionam ao processo de globalização (Brenner e Swyngedouw apud Silva, 2010).

Silva introduz o conceito de mobilidade residencial, um tanto amplo, que seria o de

[...] movimentos relacionados à moradia, às trajetórias ocupacionais e educacionais, aos deslocamentos cotidianos, que articulam os diversos fazeres que conformam a vida urbana. Portanto, a mobilidade não envolve

apenas lugar de destino e lugar de origem em termos do espaço físico, mas envolve distintos pontos ou contextos de partida e de chegada, em termos sociais, culturais, políticos, econômicos, além de condições históricas dos processos de urbanização e metropolização. A mobilidade parece complexificar e, simultaneamente, amarrar a vida urbana, mas também aparece como uma forma de apropriação do espaço, numa trama de relações práticas e tensões; remete a acessibilidade que, por sua vez, contribui na utilização das possibilidades que a cidade apresenta. Hoje, os desafios não versam sobre o estar na cidade, mas apropriar-se de suas potencialidades e desvencilhar-se de seus problemas. (Silva, 2010)

Ao final, Silva comenta a relação entre mobilidade e acessibilidade, sendo a que mobilidade (então se referindo ao deslocamento, ao transporte) pode permitir a utilização das possibilidades que a cidade apresenta; e nos faz retornar ao presente estudo, em que a mobilidade pode também representar, ao contrário, a impossibilidade de acessar o serviço de atenção primária com a atual adscrição territorial, uma vez ultrapassada a fronteira da responsabilidade do cuidado.

Silva (2010) coloca que geralmente os fatores relacionados a perspectivas de trabalho, oportunidades de melhores rendimentos e origem em regiões menos desenvolvidas são apontados como promotores de movimentos populacionais. Entretanto, pondera que essa visão parece incompleta e fundamentada na perspectiva de uma escolha estritamente racional por parte dos indivíduos quanto a relações custo-benefício sobre a mobilidade (aqui novamente mobilidade com o mesmo sentido de migração). Há um conjunto heterogêneo e complexo de fatores que impactam os movimentos populacionais ou a mobilidade espacial. Esses movimentos envolvem um leque amplo de situações que dificilmente podem ser enquadradas na formulação de um padrão migratório único. São diversos fatores que estão relacionados aos movimentos populacionais, e a moradia é um dos mais importantes, pois o acesso à terra urbana, no mercado imobiliário, juntamente com o acesso ao mercado de trabalho, também determina as opções ou imposições de movimento neste território. Esse fenômeno vem ocorrendo de forma intensa nos espaços da favela, dado o crescimento populacional nessas áreas (Silva, 2010).

As migrações internas são sempre historicamente condicionadas, sendo o resultado de um processo global de mudança, do qual elas não devem ser separadas. (Singer, 1980, p. 217 apud Oliveira e Jannuzzi, 2005)

Nas literaturas sobre a migração externa ou internacional encontramos as mesmas teorias que as da migração interna: as desigualdades regionais que apontam para fatores de repulsão e fatores de atração, o processo de decisão de migrar (que não é de indivíduos isolados, mas de um conjunto maior de pessoas que estão de alguma forma ligadas (Taylor apud Santos e Barbieri, 2010 ou Santos e Elias, 2012?), sobre as redes de relação, sobre a migração seletiva etc.

Embora quase todos os trabalhos citados tratem das migrações externas, os conceitos e as estruturas de análises propostas podem também, na maioria dos casos, ser aplicados às migrações internas. (Santos e Barbieri, 2010)

Embora existam muitas semelhanças teóricas, as diferenças vividas entre o migrante estrangeiro e o que migra dentro de seu país são estruturalmente significativas, principalmente se estiver em situação ilegal, o que não é incomum. Para a Organização Internacional de Migração (OIM), os migrantes tendem a vivenciar desafios específicos em sua saúde pelo fato de serem migrantes, colocando a migração como um determinante social da saúde. As políticas de saúde voltadas para o migrante estrangeiro variam de lugar para lugar, mas tendem a restringir seu acesso, tornando-o ainda mais vulnerável (OIM, 2006). Podemos aqui comparar este migrante com o “fora-de-área”, o migrante internacional é de fora das fronteiras do Estado-nação, enquanto o morador “fora-de-área” vem de fora das fronteiras da “microárea de abrangência da ESF”.

Não é somente o estado legal que vai determinar o acesso aos serviços de saúde. O desconhecimento em relação à oferta de serviços e as diferenças culturais também vão dificultar inclusive a busca por atendimento, mesmo que haja necessidade. OIM coloca que migrantes apontam os “furos do sistema” e se o sistema está atento àquilo que o migrante chama atenção, toda a população tende a se beneficiar.

Embora as teorias da migração possam aparentemente se afastar do tema central desse estudo, entendo como importante o sobrevoo uma vez que aproxima o olhar de outros campos do saber, que já se debruçaram sobre o tema da migração e portanto do migrante. E, então, pego emprestada a definição de Lee para “migração” como “mudança permanente ou semipermanente de residência sem limitações com respeito à distância do deslocamento”. Hall (2011) afirma que “as sociedades modernas são por definição, sociedades de mudança rápida e

permanente”, e volto a ajustar as lentes para o grupo de “migrantes internos na Rocinha” ou que realizam “mobilidade interna na Rocinha”, para analisar de que forma acontece a mobilidade interna na favela, e como as equipes de Saúde da Família organizam o cuidado em APS sendo a ESF pautada na adscrição territorial. Como as equipes fazem para trabalhar a partir dos atributos da APS se eles colidem com a lógica da adscrição?

4Metodologia

4.1Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa de tipo exploratório, pois o tema e as questões nele contidos ainda são pouco estudadas, abrindo espaço para que em prospecção novos estudos possam daqui derivar.

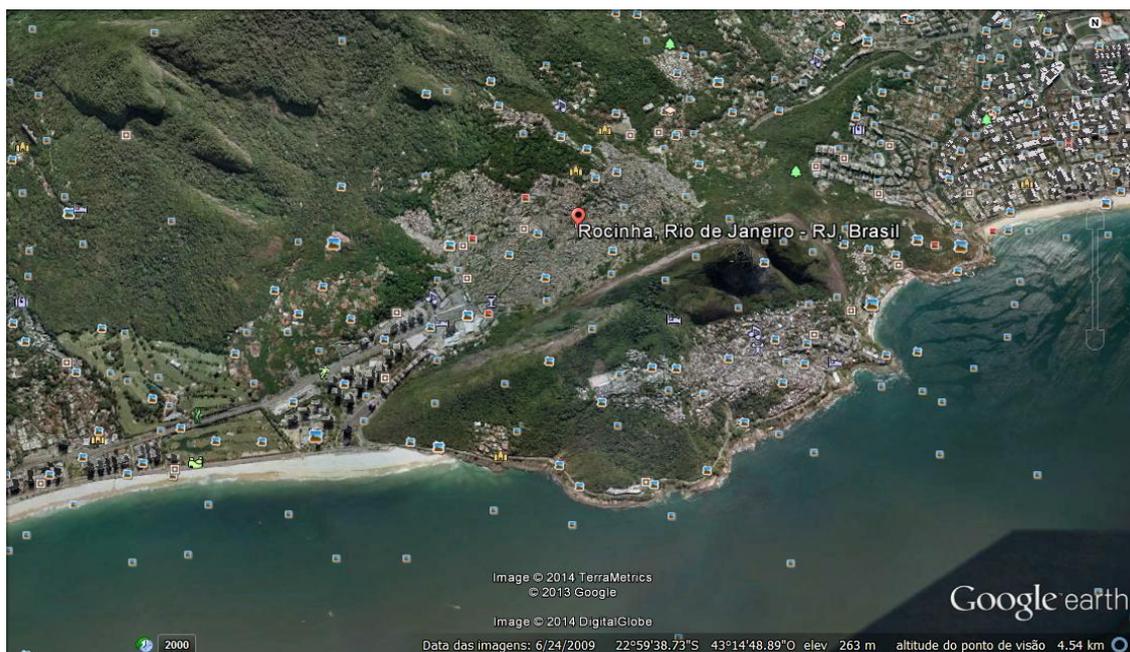
Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa responde a questões que não podem ou não deveriam ser quantificadas. Trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes – num conjunto de fenômenos humanos entendidos como parte da realidade social. Assim, o objeto da pesquisa qualitativa está no mundo das relações, das representações, e da intencionalidade (Deslandes, Gomes e Minayo, 2011).

4.2Cenário

A favela da Rocinha, localizada no morro Dois Irmãos, na Zona Sul do Rio de Janeiro é o cenário. Conhecida por ser a maior favela do país, conta com uma população de 69.356 pessoas segundo o Censo de 2010 do IBGE (Prefeitura do Rio, 2014a), ou entre 180 e 220 mil habitantes segundo a Associação de Moradores. Há diferentes versões sobre sua história, sendo a mais conhecida a que afirma que a favela era uma grande fazenda, que fora loteada e então habitada por pessoas que viviam em seu entorno. Posteriormente, vieram imigrantes, principalmente portugueses e nordestinos. Ainda hoje a população é formada em grande parte por nordestinos ou filhos de nordestinos (como tantas favelas no Rio de Janeiro), e o fluxo migratório permanece contínuo. Dados do IBGE (tomados em 2010) mostram que 66,3% dos moradores da Rocinha nasceram no Rio de Janeiro, e 33,7% nasceram em outro município. Dos que nasceram em outras unidades federativas, 45,5% nasceram no Ceará, e 28,6% na Paraíba (Prefeitura do Rio, 2014a). Não foi possível saber a proporção de moradores filhos de pais nordestinos, que apesar de nascidos no Rio de Janeiro, têm muito presente a cultura nordestina em suas vidas, mesmo no sotaque. Todos os dias chegam novos nordestinos, assim como outros partem de volta para o Nordeste.

Outro local importante de origem e destino dos moradores da Rocinha é o bairro de Rio das Pedras, mais barato que a Rocinha, e que também concentra uma comunidade nordestina. Dentro da Rocinha as pessoas também mudam muito de endereço, por variados motivos a serem estudados, uma vez que estão relacionados ao trabalho das equipes de Saúde da Família.

A Rocinha é cortada pela Estrada da Gávea, que inicia no bairro de mesmo nome e termina no bairro de São Conrado, fazendo grande contraste entre as paisagens da favela e desses bairros nobres. Desde a estrada da Gávea partem quatro ruas principais, a Rua Um, a Dois, a Três e a Quatro, e nelas se iniciam muitos becos. Os becos são estreitos em sua maioria, e alguns formam túneis, às vezes longos, onde não há quase ventilação nem entrada de luz. Embora seja considerada um bairro, para os moradores a Rocinha contém muitos bairros, e alguns “centros urbanos” que contam com bancos e centros comerciais, entre outros estabelecimentos.



Apesar de ser uma favela localizada em uma área nobre da cidade, a Rocinha apresenta um dos piores índices de desenvolvimento social (IDS) do Rio de Janeiro, sendo classificada como 151º lugar dos 158 bairros, segundo pesquisa realizada em 2008 pelo IPP, utilizando dados do Censo de 2000 do IBGE. Grande parte da população trabalha na Zona Sul carioca, em lojas, bares e restaurantes, em casas de família e em portarias de prédios. Outros trabalham dentro da comunidade, em comércio,

transporte em vans e mototáxis. Apesar de grande parte da população estarem idade escolar, a favela conta com pouquíssimas creches e escolas públicas: em 2012, eram duas escolas municipais, duas creches municipais e um CIEP (Prefeitura do Rio, 2014a), e as crianças se deslocam para a Gávea e para o Leblon para estudar.

Em 2011, a chegada da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) na Rocinha modificou o cenário e as forças atuantes na favela. Antes de 2011, as fronteiras da favela eram “cuidadas” por homens armados do tráfico. Hoje são “cuidadas” por homens armados da polícia. Com a chegada da UPP, chegaram outros serviços, como a coleta de lixo para grande parte da população. E chegou, com ainda mais força, a especulação imobiliária; importante causa de mudança de endereço dentro da favela, como discutiremos adiante.

Em relação aos serviços públicos de saúde, a Rocinha conta com uma UPA (Unidade de Pronto-atendimento), um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), e três unidades de Atenção Primária em Saúde, implantadas entre 2010 e 2011 – que receberam o nome de Clínicas da Família no Rio de Janeiro. A mais antiga – e ainda com o nome de CMS (Centro Municipal de Saúde) –, é o CMS Dr. Albert Sabin, que se localiza no “199”, na parte alta e próxima à Gávea, e que existe desde início da década de 1980 quando era responsável pelo atendimento de toda população da Rocinha, até a mudança para o modelo da Estratégia de Saúde da Família. Hoje, o CMS Dr. Albert Sabin funciona com seis equipes de Saúde da Família, atendendo a população da parte mais alta da Rocinha. A Clínica da Família Maria do Socorro, na “curva do S”, fica junto à UPA e ao CAPS, e funciona com 11 equipes de Saúde da Família. A terceira unidade é a Clínica da Família Rinaldo De Lamare, que conta com oito equipes que ocupam três andares de um prédio onde funcionam diversos serviços, já no bairro de São Conrado.

Durante o processo de implantação da Estratégia da Saúde da Família, o CMS Dr. Albert Sabin, que funcionava com modelo diferente, ficou fechado para reformas, e as equipes que iam sendo inauguradas atendiam temporariamente no prédio da CF De Lamare. A CF Maria do Socorro inaugurou e, durante algum tempo, trabalhou atendendo a todos aqueles que lá chegassem, sem adscrição territorial, até que as outras clínicas estivessem funcionando. Hoje, a Rocinha é conhecida por ter toda sua população coberta pela Saúde da Família.

Em março de 2012 se iniciou em duas das três clínicas o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Secretaria

Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, com o intuito de qualificar os profissionais médicos da rede básica. Havia poucos médicos de família e comunidade com residência nas clínicas e esses vieram a ser preceptores do Programa. Cederam suas equipes para os residentes, que assumiriam as equipes com supervisão dos preceptores, na proporção de um preceptor para cada duas equipes (ou dois residentes de 1º ano, R1; e a partir do 2º ano da residência, um preceptor para dois R1 e dois R2). O início do Programa de Residência mudou o perfil dessas duas clínicas para locais de assistência e ensino. As três Clínicas da Família e suas equipes são foco de nossa pesquisa.

Vale colocar que antes do surgimento das Clínicas da Família havia o programa de Agentes Comunitários de Saúde (o PACS), que era responsável pelos programas de tuberculose e hanseníase. O PACS dividia o território da Rocinha em ZTs (zonas de trabalho) para certa organização do espaço; e foi a partir dessas ZTs, modificadas, que foram criadas as equipes da Saúde da Família. Os agentes comunitários que trabalhavam no PACS foram distribuídos entre as equipes de Saúde da Família, e trouxeram para as equipes da Rocinha conhecimento e experiência acumulada em tuberculose, além do conhecimento do território.

É neste cenário que se insere esta pesquisa.

4.3 Sujeitos

São sujeitos deste estudo profissionais enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS) e médicos que trabalham na ESF da Rocinha e alguns moradores da favela.

Os critérios utilizados na escolha das categorias profissionais foram:

- 1) Ter vínculo com uma única equipe de Saúde da Família;
- 2) O trabalho assistencial ser prestado principalmente à população vinculada a esta equipe;

Desta forma, foram incluídas em nosso estudo médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, e excluídos os profissionais técnicos de enfermagem por se ocuparem, no cotidiano de trabalho, de tarefas da clínica como um todo, trabalhando em regime de rodízio entre as salas de curativo, de vacina, etc., também foram excluídos os profissionais da saúde bucal, por fazerem parte de duas ou três equipes de SF, dependendo da clínica.

O critério utilizado para escolha das equipes foi ter a mobilidade populacional como característica da população assistida.

Para o grupo dos moradores entrevistados, o critério para escolha dos participantes foi ser identificado e apontado pelos ACS como uma pessoa que muda bastante de endereço dentro da Rocinha. Uma vez apontado pelos ACS, buscamos entrevistar, sem critérios de exclusão.

Utilizaremos, a partir de agora, nomes fictícios para as equipes e para as Clínicas da Família, de modo a não identificá-las diretamente com o cenário do estudo. Sendo assim, da fictícia Clínica da Família Ariano Suassuna, participaram médico, enfermeiro e cinco ACS da equipe que denominaremos de Caju. Da imaginária CF Jorge Amado participaram médico, enfermeiro e cinco ACS da equipe Graviola, e, por fim, da CF Josué de Castro, não menos ficcional, participaram médico, enfermeiro e seis ACS da equipe Jaca.

Clínica da Família Ariano Suassuna	Equipe Caju	Participaram o médico, o enfermeiro e cinco ACS.
Clínica da Família Jorge Amado	Equipe Graviola	Participaram o médico, o enfermeiro e cinco ACS.
Clínica da Família Josué de Castro	Equipe Jaca	Participaram o médico, o enfermeiro e seis ACS.

Fonte: Elaboração da autora, 2014.

Participou um total de seis moradores, em quatro entrevistas. Em duas delas, familiares que estavam presentes no momento da entrevista solicitaram também participação, o que aceitamos.

Na maior parte das vezes, as pessoas são citadas como “ACS da equipe tal”, ou “médico da equipe tal”, entretanto, em alguns trechos ao longo do texto, foram utilizados nomes fictícios para os personagens.

4.4 Instrumentos de coleta

As técnicas utilizadas no trabalho de campo foram o grupo focal, a entrevista com roteiro semiestruturado e a observação participante.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa em grupo, bastante utilizada em pesquisa qualitativa, e se constitui em entrevista ou conversa em grupos, sob a orientação de um moderador, que utiliza um roteiro e que seja capaz de conseguir a opinião ou ponto de vista de cada um dos participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências (Minayo, 2008).

A entrevista, estratégia mais utilizada em trabalho de campo, é uma conversa a dois ou mais interlocutores, com finalidade de coletar informações, realizada por iniciativa do pesquisador. O tipo de entrevista utilizada neste estudo é a semiestruturada, baseada num roteiro que facilita a abordagem e assegura que as hipóteses e pressupostos estejam cobertos, mas que também permite que o entrevistado discorra sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (Victora, 2000; Minayo, 2008; Deslandes, Gomes e Minayo, 2011).

Na observação participante o pesquisador se coloca como observador de uma situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica, descrevendo esse contexto. Para alguns autores, pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo da pesquisa qualitativa. Há de se considerar, entretanto, que o observador fazendo parte do contexto, interfere e modifica esse contexto, assim como é por ele modificado. O pesquisador está, ao mesmo tempo, distante e próximo, dentro e fora do evento observado, e isso deve estar claro no momento da análise do material. O principal instrumento de trabalho da observação é o diário de campo, um caderno para onde vão aquelas informações que não fazem parte do material das entrevistas e que são de extrema relevância (Victora, 2000; Deslandes, Gomes e Minayo, 2011).

A análise do material obtido dos grupos focais e das entrevistas iniciou-se já no processo de transcrição. O material do diário de campo foi complementar ao restante e, para análise, foi utilizada como base a teoria de Bardin(2011) que propunha na década de 1970, técnicas para analisar o conteúdo das mensagens, a possibilidade de analisar esses conteúdos a partir da perspectiva qualitativa e que propunha o uso de inferências que partem da descrição dos conteúdos explícitos da comunicação para se

chegar ao que está por trás dos conteúdos manifestos (Bardin, 2011; Deslandes, Gomes e Minayo, 2011).

4.5 Procedimentos metodológicos

O trabalho de campo teve início em julho de 2013, após ter sido aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da ENSP e da SMSDC. Fizemos contato por correio eletrônico com a coordenação da CAP 3.1 e com as gerências ou diretorias das Clínicas e visitamos cada uma das três Clínicas para apresentar o projeto. Em cada Clínica, a escolha da equipe a ser estudada sedeu de forma distinta e em acordo com a gerência ou a diretoria. A partir daqui, além dos nomes fictícios para as clínicas (CF Ariano Suassuna, CF Jorge Amado e CF Josué de Castro), para as equipes (Caju, Graviola e Jaca) e para os participantes da pesquisa; chamaremos a todos os coordenadores locais de gerentes a fim de que não seja identificado o local onde a coordenação é feita por “diretoria”, e não “gerência” – pela mesma razão chamamos todos os estabelecimentos de Clínicas da Família (CF).

Em uma das clínicas, a equipe escolhida foi a que trabalhei como médica de Família entre 2011 e 2012. Após a apresentação do projeto para a gerência local, houve um segundo espaço para apresentação entre todos os profissionais da Clínica, na reunião que ocorre semanalmente. Na segunda Clínica, em conversa com a gerência local, optamos por fazer a escolha da equipe de forma coletiva. Apresentamos o projeto em reunião onde havia representação de todas as equipes, que acontece semanalmente, e perguntamos ao grupo, que era composto em sua maioria por agentes comunitários de saúde, qual seria a equipe onde a mobilidade populacional era mais marcante. Foram apontadas duas equipes; e escolhemos uma delas levando em consideração o dia da reunião de equipe, já que os encontros aconteceriam preferencialmente neste espaço. Apresentamos novamente o projeto na reunião da equipe escolhida, os ACS aceitaram participar do grupo focal, e agendamos a data para o encontro. Apesar da importância da participação de todos os seis ACS, por fazerem parte do grupo e por ser seis, idealmente, o número mínimo para realização do grupo focal, como coloca Minayo (2008), não seria possível contar com a presença dos seis ACS, pois em todos os meses subsequentes haveria alguém em férias. Na terceira Clínica, após a apresentação do projeto, foi sugerido pela gerência que o grupo de enfermagem apontasse qual seria a equipe com perfil de maior rotatividade entre os

moradores. Foram indicadas duas equipes, e assim como na clínica anterior, a escolha entre as duas se deu pelo dia mais conveniente para estarmos presentes nas reuniões, que acontecem em dia fixo semanal. O projeto foi apresentado então em espaço de reunião da equipe escolhida, em data sugerida pela gerência. Os agentes de saúde aceitaram participar da pesquisa, e a agendamos para duas semanas depois.

Houve atraso considerável para a realização dos grupos focais em todas as três clínicas. Na que se realizaria primeiro, a Josué de Castro, na data marcada junto com os ACS, estavam presentes somente dois dos seis agentes de saúde. Reagendamos e novamente cancelamos o grupo devido à falta de três dos agentes. O contato era feito com um dos ACS, que assumia um papel de liderança; por isso realizamos o grupo na terceira tentativa, então com os seis ACS. O grupo foi conduzido por mim, com o roteiro do grupo focal previamente desenhado. Teve duração de 1 hora e 20 minutos, foi gravado em áudio e transcorreu tranquilamente. Apenas um dos participantes foi pouco participativo, apesar de tentativas de incentivar sua participação. Ao final do grupo, identificamos alguns moradores que mudam muito de endereço, para realização das entrevistas individuais; os agentes entrariam em contato com esses moradores.

Na CF Jorge Amado, na data agendada para realização do grupo focal, estavam presentes quatro ACS (dos seis, um estava de férias e outro faltou). Optamos por reagendar para a semana seguinte para possibilitar a participação dos cinco. O contato era feito com a enfermeira da equipe. Conduzimos o grupo com o mesmo roteiro previamente desenhado, e tudo foi gravado em áudio, com duração de uma hora. Dos cinco presentes, três eram bastante participativos, e os outros dois respondiam quando algo lhes era diretamente questionado. Ao final, foram apontados alguns moradores para entrevistas individuais.

O último grupo focal a ser realizado foi com a equipe Caju na CF Ariano Suassuna. Neste, o contato para agendamento era sempre feito com a gerência. O grupo focal foi realizado com cinco dos seis agentes de saúde, pois um estava em um curso no dia. Foi um grupo diferente dos outros pelo fato de eu ter trabalhado como médica da equipe e tinha, então, certa intimidade com os participantes e com o território. Todos participaram bastante, mas houve certa dificuldade porque um dos participantes tendia a monopolizar a fala. O grupo teve duração de uma hora, e

gravação em áudio. Ao final, alguns casos de moradores foram indicados para possíveis entrevistas.

Os grupos focais gravados em áudio foram transcritos por mim à medida em que foram realizados. A opção por transcrever pessoalmente o material se deu pela oportunidade de uma primeira análise do material durante o processo, além de diminuir a chance de erros de transcrição por falta de clareza nas gravações.

Pela dificuldade de reunir médicos e enfermeiros de três equipes diferentes em um mesmo horário para realização de grupo focal a eles dirigido, optamos por realizar com esses profissionais entrevistas semiestruturadas, utilizando roteiro semelhante ao do grupo focal; a duração das entrevistas foi entre 10 e 30 minutos, diretamente proporcional ao tempo de atuação dos profissionais nas clínicas e todas foram gravadas em áudio, após prévia autorização.

A etapa seguinte do trabalho de campo consistiu nas entrevistas com os moradores apontados pelos Agentes Comunitários de Saúde como pessoas que mudam muito de domicílio dentro da Rocinha. Durante os grupos, foi muito difícil percebermos a mobilidade interna na favela, pois as pessoas migram dentro da Rocinha, mas migram muito também para outras favelas no Rio de Janeiro, principalmente para Rio das Pedras.

Dos sete moradores apontados pelos ACS ao final dos grupos, somente dois foram localizados, e conseguimos realizar essas entrevistas. Três não foram localizados através dos contatos que os agentes de saúde tinham, nem pela busca nos locais de antiga residência, pois sequer os vizinhos sabiam de seus novos paradeiros. Uma moradora foi localizada através do nome com um cadastro temporário em outra clínica, porém estava internada em um hospital do município, e não foi possível o contato. E já a impossibilidade de encontrá-los mostra o quão difícil é manter o contato e, portanto, o cuidado. Realizamos um total de quatro entrevistas com os moradores, sendo duas delas com os moradores apontados pelos ACS ao final dos grupos focais, e outros dois que surgiram posteriormente. As entrevistas foram acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde. Todas foram realizadas nos locais de preferência dos moradores, sendo duas em uma “birosca” na Rocinha, e as outras nas casas dos moradores. Em duas das entrevistas houve solicitação por parte dos entrevistados para participação de um familiar, o que aceitamos. A duração das entrevistas foi de 10 a 40 minutos, sendo as mais longas as que não eram individuais, mas em dupla.

A transcrição dos grupos e entrevistas foi feita, novamente como mencionado, por mim, e concomitantemente o material começou a ser analisado, através de leitura, de notas e esboço das categorias. Utilizamos sempre como apoio a Análise de Conteúdo proposta por Bardin(2011). As categorias escolhidas foram mobilidade populacional e os atributos da APS: porta de entrada, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, além do cuidado centrado na família, competência cultural e orientação comunitária. Alguns aparecem com muito mais frequência que outros, mas nossa opção foi manter todos os atributos propostos por Starfield como categorias de análise.

Durante o trabalho de campo, foi feita observação participante, com registro em diário de campo como instrumento de coleta de dados. O material do diário de campo analisado foi utilizado para a escrita dos resultados e para a discussão.

4.6 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, procurou-se atender as exigências éticas e científicas fundamentais. Conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde, que destaca os compromissos éticos com sujeitos da pesquisa, a nível individual e coletivo, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em parte, incluindo o manejo de informações – sendo imprescindível assegurar e respeitar os direitos dos participantes – o projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e pesquisa na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, e aprovado. Posteriormente foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e, novamente, aprovado.

Foi dada aos participantes a garantia de que danos previsíveis seriam evitados, assim como a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, de forma que ocorresse o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.

Ossujeitosda pesquisa tiveram explicação sobre o objeto, os objetivos e a relevância do estudo, assim como a importância de sua colaboração para a pesquisa realizada, e para, dessa forma autorizar a utilização dos seus dados, sendo garantido o sigilo das informações fornecidas, assim como o sigilo de sua identidade. Uma vez que os sujeitos foram identificados por nomes fictícios com a exata intenção de manter

sigilo de suas identidades e dos locais de trabalho. Aqueles que tiveram interesse e concordaram em participar da pesquisa, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver em Anexos)– contendo as informações sobre nossos aspectos éticos – e forneceram sua autorização para utilização dos dados – assegurando-lhes de que sua desistência poderia ser solicitada em qualquer momento da pesquisa.

5.Resultados e discussão

5.1 Vida de cigana: sobre dinâmicas de mobilidade na Rocinha

O desenho inicial buscava um tipo específico de mobilidade, a interna na favela da Rocinha; especificamente, nas mudanças de moradia que aconteciam com origem e destino dentro da favela, acreditando que, fazendo este recorte e excluindo os outros processos migratórios, compreenderíamos melhor a dinâmica da comunidade. Com o desenvolvimento da pesquisa, percebemos que esse recorte traria uma visão distorcida da dinâmica real da população da Rocinha, numa espécie radical de “descontextualização”, já que os resultados da pesquisa mostraram que a população migra muito dentro da comunidade, mas também há migração entre outras favelas e regiões, principalmente do Nordeste. Optamos, então, por ampliar o olhar para a dinâmica de mobilidade da população da favela da Rocinha e não somente na favela, embora nosso foco principal se mantenha nesta.

Aqui passo a apresentar o fruto de uma categoria de análise do material coletado no trabalho de campo, em que tentarei responder a um dos objetivos do estudo, que é descrever a dinâmica migratória da população da favela da Rocinha. A literatura utilizada será em sua maioria a mesma utilizada na revisão bibliográfica para a escrita do projeto, acrescida de materiais para discussão de questões que surgiram durante a pesquisa de campo e sua análise.

Já de início se percebia que o tema da migração como dificuldade na continuidade do cuidado gerou interesse em todos os grupos entrevistados já nas conversas prévias, quando apresentávamos o projeto de pesquisa. Em uma das clínicas, alguns agentes comunitários de saúde (ACS) nos procuraram colocando-se à disposição, mesmo que sua equipe não fosse escolhida para participar. Um dos gerentes enfatizou a importância de este tema ser discutido, já que é desafio cotidiano da clínica onde trabalha, mostrando a relevância para o grupo.

E foi nos grupos focais com os ACS que foi possível traçar melhor um esboço sobre a dinâmica de mobilidade da população da Rocinha: a chegada na favela, as causas da migração, e os fluxos dentro e fora da favela. A ideia inicial de que a população da Rocinha seria formada em grande parte por imigrantes nordestinos foi

reafirmada, tanto nas falas coletivas dos grupos focais como nas entrevistas individuais.

Muitos pacientes vêm, principalmente, da Região Nordeste. Na minha área tem muito paciente que não é do Rio. É difícil até, quando a gente tá colocando “qual é a naturalidade? Rio de Janeiro”. Isso é a coisa mais difícil que tem. (Enf.^a Jaca)

A fala é representativa de muitas outras do material coletado. Em um dos grupos, os entrevistados contam que a Rocinha era uma grande fazenda, e que imigrantes nordestinos vieram trazendo famílias, e ocupando áreas que pertenceriam à tal fazenda. Alguns autores escrevem sobre esse processo, afirmando que embora não existam documentos oficiais sobre o surgimento, a versão mais aceita é de que era uma grande roça, que cresceu em um período de aumento dos fluxos migratórios rural-urbano na década de 1960; e que a melhoria dos transportes e dos meios de comunicação contribuíram para a chamada “ilusão migratória”, facilitando a vinda através da circulação de informações e do fortalecimento das redes sociais que articulavam o local de partida com o destino. Em nosso estudo, os entrevistados citaram o Ceará e a Paraíba como sendo os principais estados de origem.

Se na década de 1960 a melhoria dos transportes e dos meios de comunicação era fator facilitador do processo migratório, certamente hoje é ainda mais, com a popularização dos transportes aéreo e rodoviário e o surgimento da internet. Barbosa (2009) descrevia a chegada dos nordestinos de ônibus e pau-de-arara na Feira de São Cristóvão, e dizia que de lá os recém-chegados rumavam para locais onde iriam morar. Durante a pesquisa de campo, presenciamos uma Kombi com alto-falantes anunciando transporte para mudanças desde a Rocinha até o Ceará, “levamos você e a sua casa, da Rocinha ao Ceará”, apontando para a migração de retorno para o Nordeste.

Todo dia chega mais de um ônibus! Todo dia. Sai também, mas chega mais do que sai! Cresceu até o ramo de venda de passagem, porque antigamente, pra você comprar uma passagem tinha que ir numa rodoviária. Hoje tem vários agentes de venda aqui, e o ônibus sai daqui da Rocinha, não sai mais da rodoviária, isso pra facilitar de levar a casa e a mudança. (ACS equipe Jaca)

O comentário do ACS mostra como ainda é grande o volume de pessoas que chegam, além da facilidade para acessar o meio de transporte. Apesar da grande maioria da população ser composta por nordestinos ou filhos de nordestinos, no grupo

focal de uma das clínicas, os agentes falaram de moradores de outras e diversas origens: chineses que vieram trabalhar em lanchonetes, bolivianos que vendem mercadorias, além de “gringos”, como são chamados os estrangeiros, que vem passar temporadas na Rocinha.

Em relação às causas da vinda para a Rocinha, os entrevistados apontam o trabalho como sendo a principal, em que temos:

É muita gente do Nordeste que vem pra cá pra trabalhar e que se muda pra cá, e aí sempre tem esse movimento, porque aí trazem os irmãos, vem trazendo os primos [...]. Mais nordestino do que carioca na Rocinha. Muito mais. (Enf.^aequipe Jaca)

[...] Porque um da família veio, e aí conseguiu trabalho, aí traz o irmão, aí depois engravida e traz a mãe pra cuidar de quem tá grávida, e aí vem um primo porque acha que aqui é mais fácil emprego [...] (Enf.^a equipe Graviola)

Aqui, duas enfermeiras apontam o trabalho como causa da vinda e associam a vinda dos parentes ao processo migratório. Oliveira e Jannuzzi (2005), ao estudarem os motivos que levam as pessoas a migrarem, afirmam que todos os modelos explicativos atribuem aos desequilíbrios espaciais de natureza econômica a determinação básica dos fluxos migratórios. A busca por trabalho seria o motivo principal, e a disponibilidade de serviços públicos, um fator potencializador. Entretanto, o levantamento de motivos de migração da PNAD 2001 aponta “acompanhar a família” como principal. Para os autores, isso se explica pelo fato de que o perfil do migrante que vem em busca de trabalho é o jovem do sexo masculino, e a pesquisa incluiu todos os integrantes da família: crianças, mulheres e idosos. Em números, há mais gente “acompanhando”, pois num projeto migratório familiar, é comum que várias pessoas acompanhem uma que migra para trabalhar. A busca por serviços aparece em 11% como o motivo da migração. Em nosso estudo, a busca por serviços de saúde aparece em diferentes entrevistas, individuais nos grupos:

[...]ainda mais agora com a implantação da Clínica da Família aqui na Rocinha, e teoricamente nós temos 100% de cobertura... então tem muita gente que vem de outros municípios em busca de atendimento. (ACS equipe Caju)

[...]Item vindo muita gente pra se tratar, pra ser atendido... muita gente que não ta conseguindo fazer procedimento cirúrgico, tratamentos no Nordeste vem pra cá. Dentro do Rio também. Rio das Pedras, Zona Oeste...Zona

Norte não muito...mais Rio das Pedras e Zona Oeste, que eu lembro agora.(Medico equipe Graviola)

As percepções do médico e do ACS relacionam a implantação da Clínica da Família com a vinda de pessoas para a Rocinha em busca do serviço de saúde. São pessoas de diferentes lugares que vêm, geralmente, através de algum parente que utiliza o serviço de saúde. A migração que tem como causa a busca por serviços de saúde expressa a desigualdade de oferta de serviços no município e no país. Dados do IBGE de 2011 mostram o estado do Rio de Janeiro com a maior proporção de médicos por habitantes do país, com uma razão de 3,57 médicos por mil habitantes, enquanto a região Nordeste apresenta uma razão de 1,19 médicos por mil habitantes (Oliveira e Oliveira, 2011), enquanto o estado do Ceará, por exemplo, apresenta razão de 1,1. Mais adiante discutiremos como as equipes respondem a essa demanda.

[...]lá no Norte é muito pobre, né. Não tinha nada assim... aí a gente veio. Veio pra trabalhar, iludido pra ganhar dinheiro. (moradora)

Está aqui a explicitação do desequilíbrio econômico que os autores citados colocam. Silva (2010) afirma que os fatores relacionados às perspectivas de trabalho são apontados como promotores de movimentos populacionais, mas pondera que essa visão parece insuficiente, já que se fundamenta na perspectiva de uma escolha puramente racional por parte dos indivíduos sobre a decisão de migrar. De forma complementar, Germani coloca como necessário para que ocorra a migração um “efeito demonstração”, através dos meios de comunicação ou das redes de interação social (Brito, 2009).

Barbosa traz a ideia de “mundos interconectados” ou a interconexão de mundos sociais; quando estudou o sentido de comunidade do migrante nordestino no Rio de Janeiro, esquematizou, para isso, como já dito, o processo migratório em três fases, que chamou de fatores pré-migratórios, ou da decisão, que aqui seriam a vinda em busca de trabalho e para acompanhar a família, “em busca de uma vida melhor”; o deslocamento em si, cada vez mais facilitado pela facilidade de acesso aos meios de transporte rodoviário e aéreo (já discutidos aqui), e da chegada e integração da comunidade nordestina na cidade (Barbosa, 2009). Em relação à chegada à favela da Rocinha, apareceram como principais fatores de atração a rede de conhecidos

(familiares, amigos), e a questão dos aluguéis (valor dos e facilidade para alugar na chegada).

A gente veio pra cá porque tinha mais conhecimento. Tinha irmão dela tinha parentes[...]. (Moradora)

A moradora se refere a ter conhecidos como “ter mais conhecimento”. Para Barbosa (2009), a integração do migrante de origem nordestina com a sociedade urbana do Rio de Janeiro acontece pela mediação promovida pelo grupo de parentesco, de amizade e deconterraneidade.

As pessoas vêm vindo do Nordeste, e de outras partes do Brasil, e procuram lugares mais baratos. Esses lugares mais baratos são sempre no topo, sempre assim nos lugares mais altos, de mais difícil acesso [...] Ele começa a trabalhar, ganha o primeiro salário, depois que ganha o primeiro salário geralmente ele se muda. (ACS equipe Caju)

A fala ilustra a situação de muitos que chegam buscando trabalho; que sonham com uma distante ascensão social, com melhores condições de vida e de moradia. Brito (2009), em revisão sobre as teorias da migração no Brasil, colocou que a maioria delas são das décadas de 1960 e 1970, e que explicam a migração como transferência do excedente da mão-de-obra do meio rural para o meio urbano, que já não basta para explicar o processo migratório atual. Entretanto, vale trazer a teoria de Todaro (apud Brito, 2009), que se aprofundou no período da chegada do migrante em seu destino, por considerar uma fase de grande dificuldade, pois muitas vezes não encontra trabalho, e quando encontra muitas vezes é temporário e mal remunerado, não ocorrendo, portanto, a sonhada mobilidade (de ascensão) social associada à mobilidade espacial. Ao contrário, a exclusão social muitas vezes se perpetua no local de destino. A trajetória apresentada pelo ACS na fala citada é, portanto, otimista. Oliveira e Jannuzzi (2005), teorizando sobre a PNAD 2001, colocam que grande parte da migração de retorno de São Paulo para o Nordeste se dá por fracasso no projeto em busca de trabalho.

Até aqui, discutimos a vinda do imigrante para a Rocinha e sua chegada. Entretanto sabemos que, uma vez na favela, o morador continua sua trajetória de deslocamentos. A Rocinha é considerada por Aragão (2010) como um local de importante mobilidade interna, que chega a ser uma síntese da mobilidade espacial da metrópole.

Dentro da Rocinha eu acho que eu morei em mais de 20 casas. Morei em todos os cantos da Rocinha. Morei em Roupa Suja com minha tia, morei no Boiadeiro com minha mãe...É. Morei no Boiadeiro, na Rua 2, 199, Vila Verde, Curva do S, Paula Brito – várias casas na Paula Brito [...]. Enfim, alguns lugares. Assim, de ponta a ponta da comunidade. Conheço todos os pontos, todos os becos e vielas da comunidade de ponta a ponta. (ACS equipe Graviola)

O entrevistado aqui é um ACS, que evidencia em sua fala a fluidez com que se muda. O ACS não tinha mais que 25 anos e, embora não saiba com certeza em quantas casas morou, afirma que foram muitas. Certamente, mudou mais que a maioria das pessoas, mas seu caso não chega a ser exceção.

[...]aí ela conseguiu comprar uma casa na Rua 2, sendo que ela não gostava de lá, porquê? Porque lá não era movimentado, porque ela gosta é do movimento! Aí o que é que ela fez? Vendeu a casa da Rua 2 e comprou aqui na Curva do S, aí na Curva do S, de uma casa só, ela fez 3. Aí alugou duas e a gente ficou morando em uma. Depois, ela tava sentindo eu já tava ficando muito cansada pra subir, que tem muita escada. Aí a gente alugou uma casa aqui na Travessa Roma, que é mais próximo, e moramos cincoanos na Travessa Roma. Aí da Travessa Roma a gente veio pra Travessa União. Da Travessa União ela comprou aqui, e aqui a gente ficou. (moradora)

Esta entrevista aconteceu com mãe e filha, ambas cearenses. Entrevistávamos a mãe, e a filha pediu para participar, o que enriqueceu a pesquisa. Descreve um itinerário bastante comum de mobilidade interna. Chega em determinado lugar, se muda para outro que gostam mais, logo a questão das escadas começa a incomodar, e segue a trajetória de mudanças. A fala ilustra também a multiplicação do espaço, quando a moradora divide a casa em que morava em três casas, ficando em uma e alugando as outras duas.

Já morei em muitos lugares...Sabe, eu moro, e com o tempo eu vou abusando, assim...Ah, que quero um lugar melhor pra ver se melhora, mas no final é a mesma coisa.(moradora)

Esta moradora, que diz ser “como uma cigana” de tanto que se muda, consegue refletir sobre sua “necessidade” de mudar e a esperança de que sua vida melhore com a mudança, embora já tenha aprendido por experiência, que não basta se mudar, pois sua vida segue parecida. Além do vai-e-vem entre Ceará e Rio de Janeiro, ela já mudou muitas vezes dentro da Rocinha e entre diferentes bairros no Rio de Janeiro, junto com marido e filha.

As três falas mostram pessoas com diferentes perfis que têm em comum a fluidez do habitar. Essas três pessoas representam muitas outras, e embora sejam apresentados alguns argumentos para as mudanças na segunda fala, parecem motivos da ordem do individual, dos desejos: buscar melhorar, mais movimento etc. Para Victora (1999), uma das características mais marcantes das favelas é o uso que os moradores fazem do espaço e do tempo na organização de suas moradias. Segundo a antropóloga, há muitos arranjos domiciliares, mas o que faz desses arranjos peculiares é a rapidez com que eles mudam, “tornando a composição da unidade doméstica bastante fluida” (Victora, 1999).

Há, entretanto, migrações que acontecem na Rocinha motivadas por questões que transcendem a “ordem dos desejos”. Em nossa pesquisa de campo, o preço do aluguel das casas e apartamentos aparece como a principal causa de mobilidade na favela, sendo apontada em todas as entrevistas.

[...] a migração de nós todos aqui, é por causa do fator aluguel. As pessoas tão sempre em busca de melhores casas com aluguel mais barato. Então isso gera um entra-e-sai bastante. Não tem como determinar quanto tempo o cara vai ficar porque não tem contrato de locação de imóveis. Fica um mês, aí ele acha outro lugar mais barato. Essa é a nossa realidade, de estar sempre renovando os cadastros. É rotina. (ACS equipe Caju)

Essa rotatividade de moradores [é] porque a minha microárea é a mais próxima da rua. A maioria são prédios, e a maior parte dos prédios da Rocinha são aluguéis. E por isso que gera essa rotatividade de moradores, porque por conta do aluguel ser caro também, as pessoas sempre tão procurando uma coisa melhor, mais barata, mais em conta, né. (ACS equipe Graviola)

Na minha área tem um prédio gigantesco com não-sei-quantos quartos, não é apartamento, são quartos mesmo. Tem muita gente! Mas eles trocam, saem. É um viveiro de pombo! A rotatividade é grande. Normalmente quem mora muito tempo num imóvel é porque é imóvel de família. Tem alguns prédios que são na Estrada da Gávea, mas quando você entra dentro do prédio são oito quartos, um banheiro pra 8 moradores, do lado de fora, que é dividido ainda o mesmo banheiro! Eu mesmo comecei no trabalho e não imaginava que existia isso...(ACS equipe Jaca)

Os três ACS mostram quão comum é a rotatividade nas áreas onde trabalham. Na primeira fala, a ACS menciona a ausência de contratos formais de aluguel contribuindo para a fluidez das moradias, e ainda cita o impacto da rotatividade no trabalho, “de estar sempre renovando cadastros”. As outras duas falas se referem a

um determinado tipo de moradia que parece ser representação da fluidez: os prédios. Situados em locais de fácil acesso, são caros e servem como moradia por curtos períodos, até o morador encontrar algo que considere de melhor custo-benefício. A última fala coloca ainda as péssimas condições do prédio que chama de “viveiro de pombo”, e salienta o uso compartilhado do banheiro por moradores de vários apartamentos-quartos. Em relação a este ponto específico, o ACS provavelmente desconhecia que o número de pessoas utilizando um mesmo banheiro é um dos indicadores que compõe o índice de desenvolvimento social (IDS), inspirado no índice de desenvolvimento humano (IDH), mas acrescentando outras variáveis buscando caracterizar as cidades brasileiras (Prefeitura do Rio, 2014a).

O tema do valor dos aluguéis na Rocinha mobilizou bastante os ACS durante os grupos, uma vez que vivenciam o impacto do mercado imobiliário em seu cotidiano de trabalho e em suas vidas. Alguns autores estudaram a questão dos aluguéis nas favelas. Gonçalves (2011) coloca que a problemática dos aluguéis nas favelas cariocas não é um fenômeno recente. As reformas urbanas de Pereira Passos aliadas às medidas higienistas contra os cortiços reduziram radicalmente a oferta de moradias e, conseqüentemente, levaram ao aumento dos preços dos aluguéis. Se por um lado a favela aparecia como uma solução para o problema das habitações no Rio de Janeiro, por outro era um novo “problema”, pois estava à margem dos regulamentos da cidade. Gonçalves (2011) cita Constallat, em uma colocação de 1924:

[...] não há inquilinos, nem senhorios. Não há despejos. Se o inquilino é mais forte do que o senhorio, o aluguel nunca é pago. Se o senhorio for mais valente, então, sim, a casa é paga, pontualmente, todos os começos do mês. É a lei do inquilinato da Favela! (apud Gonçalves, 2011)

Já naquela época, qualquer medida que visasse impedir a expansão das favelas deveria abordar a prática do aluguel. Um dos meios para manter o aspecto provisório e precário das favelas era manter os contratos de locação ilegais. Nesse sentido, o Código de Obras de 1937 combatia a cobrança de aluguéis, além de proibir reformas e novas construções nas favelas. Assim, as favelas eram toleradas, sem serem de fato reconhecidas. Em 1965, a “lei das favelas” (Lei nº 2.875, de 19 de setembro de 1956) proibia despejos jurídicos por até dois anos ou até que o morador viesse a se beneficiar de projetos públicos de construção de casas populares. Na prática, a lei não impediu que o mercado imobiliário informal continuasse a crescer, mas promoveu um

debate jurídico sobre a regulação desse mercado imobiliário próspero e lucrativo. A criminalização do mercado de locação contribuiu para reforçar a condição precária das favelas e legitimar a política das remoções, que expulsou milhares de pessoas de favelas centrais para locais distantes nas décadas de 1960 e 1970 (Gonçalves, 2011). O projeto de urbanização de favelas, o Favela-Bairro, posto em prática a partir de 1995 no Rio de Janeiro, reconheceu a estrutura do mercado imobiliário informal, que ainda segue seu caminho entre o legal e ilegal.

A chegada da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) na Rocinha, que aconteceu oficialmente em setembro de 2012, gerou impactos na comunidade. Em nossa pesquisa, a chegada da UPP aparece relacionada à vinda de pessoas que imaginavam o fim da violência relacionada ao tráfico. Ost (2012) estudou a comunidade Santa Marta após a chegada da UPP e o impacto do mercado na favela; percebeu que os preços aumentaram, especialmente os aluguéis. Segundo dados da associação de moradores, um imóvel de quarto e sala na parte baixa da favela teve valorização de 74%, e na parte alta, de 200% (Ost, 2012). Não temos dados equivalentes referentes à Rocinha, mas os relatos são de que os preços aumentaram significativamente. Segundo Ost (2012), ainda sobre Santa Marta, “pacificada” em 2008, o que tornava a favela um lugar barato para se morar não era somente o fato do aluguel ser mais acessível, mas sim o não pagamento de diversos serviços. Por outro lado, vivia-se em condições precárias como a falta de saneamento adequado (que pouco mudou), coleta de lixo inadequada e a ineficaz entrega de correspondências. Segundo Ost (2012), a urbanização traz consigo o encarecimento da vida; aqueles que não podem pagartêm de ir para mais longe; e o aumento dos custos dentro da favela é, portanto, fator de pressão para a saída dos atuais moradores.

Para Lícia Valladares, em entrevista concedida ao Instituto CPFL (“Com investimentos...”, nov. 2010), o Rio de Janeiro tem feito investimentos nas favelas: elevadores panorâmicos, teleféricos, parques aquáticos, cursos de guias, línguas, esporte etc. que valorizam o local e, além disso, a chegada das UPPs valoriza a moradia nas vizinhanças. Pontualmente, Valladares coloca que “no futuro próximo, vai haver uma parte da classe média que vai subir o morro, é a gentrificação das favelas”.

A Rocinha tá muito populosa, não só das pessoas que já moram aqui há muitos anos, décadas, quanto pessoas que tão vindo devido à pacificação, pessoas de outros estados, então assim, realmente tão dividindo. Pega uma

casa e divide, aí a pessoa mora e aluga. Na frente tem um espaço, uma laje. Qualquer espacinho eles já tão construindo tudo. Onde der pra colocar uma pessoa pra morar, onde tiver espaço, eles já tão construindo. Então a Rocinha tá ficado assim... a qualidade de vida tá piorando muito. Porque tem gringos, tem uns bolivianos, tem de todos os locais do mundo...Até mesmo de outros bairros que tão vindo pra cá, porque aqui é Zona Sul, aqui tem a praia, ano que vem a Copa do Mundo, Maracanã...Então eles vêm, ficam pouco tempo, e também vem ficar de temporada, e tem dinheiro pra pagar aluguel, dinheiro que agente não tem, né! (ACS equipe Jaca)

O que a socióloga LíciaValladares anunciava em 2010 foi relatado nos grupos focais. Além do processo migratório mais conhecido, de vinda de nordestinos e suas redes de familiares e amigos, a Rocinha recebe “gringos” e pessoas de outros bairros. Intensifica-se o processo de multiplicação do espaço, com divisão interna das casas e apartamentos, construção de novos andares nas lajes – apesar da tentativa do poder público de coibir, e o valor dos aluguéis continua aumentando. As pessoas procuram locais mais baratos dentro da favela, mas muitas vezes têm de sair da Rocinha e procurar outros lugares, como relatou Ost (2012) sobre Santa Marta. O trecho abaixo ilustra bem a situação:

Tem muita gente que mudou pro Rio das Pedras, muita[...]justamente por causa do aluguel, ainda encontra no Rio das Pedras um pouco mais barato, porque o Rio das Pedras não tem a praia, no caso da saúde não tem como tem aqui, e aí procuram por isso, e trabalham às vezes na Barra da Tijuca em restaurante, e tentam sair do aluguel. Lá cresceu muito. O Rio das Pedras nada mais é do que uma segunda Rocinha, só que deram o nome de Rio das Pedras, lá tem muita gente que morava aqui na Rocinha. (ACS equipe Jaca)

São diversos fatores que estão relacionados aos movimentos populacionais, e a moradia é um dos mais importantes, pois o acesso à terra urbana, mercado imobiliário, juntamente com o acesso ao mercado de trabalho, também determinam as opções ou imposições de movimento neste território. Esse fenômeno vem ocorrendo de forma intensa nos espaços da favela, dado o crescimento populacional nessas áreas (Silva, 2010).

Embora muitos autores defendam que hoje não há uma razão majoritária para explicar os movimentos populacionais, que há diversos aspectos operando sobre as lógicas de mobilidade, e que “passamos de uma mobilidade de massas para uma mobilidade singular”, em nosso estudo identificamos que a Rocinha é um local de

intenso fluxo migratório, em que grande parte da população ainda é nordestina, e em que os principais motivos “objetivos” da vinda são o trabalho e o acompanhamento da família, mas em que não podemos desconsiderar os motivos da ordem dos desejos; que diversos fatores atuam no mercado imobiliário e que a alta nos preços dos aluguéis é a principal razão de mobilidade interna na favela e da saída da Rocinha para outras comunidades, especialmente para o Rio das Pedras.

Para Hall (2011), “as sociedades modernas são, por definição, sociedades de mudança rápida”. Na Rocinha, a mudança na vida dos habitantes e em suas moradias acontece de forma mais rápida e mais fluida que a organização dos serviços de atenção primária em saúde que atende à população no território da Rocinha.

5.20 cuidado em APS: seus atributos

O primeiro enfoque de nosso estudo foi dedicado a descrever a mobilidade residencial da população da Rocinha. Posto que a migração seja um evento frequente na comunidade, a proposta seguinte é analisar como as equipes de Saúde da Família oferecem o cuidado em APS, tendo em vista que a organização da ESF é pautada na adscrição geográfica da população. Como fica o cuidado ao longo do tempo para aquele que mudou de endereço e deixou de morar dentro da área de abrangência da equipe em que era acompanhado? Quais são os fatores que dificultam que o trabalho das equipes seja orientado na APS para essas pessoas? Que estratégias são utilizadas pelas equipes e pelos moradores para que alcancem os atributos da APS?

Antes de trazer nossos resultados e discussão, revisamos os conceitos de APS, já citados em nosso referencial teórico, mas devidamente ampliados a seguir, em Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família. Starfield (2002) define APS, sem nomear seus princípios.

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (e não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinada, são exclusivas da atenção primária. (Starfield, 2002, p. 28)

Os quatro atributos ditos essenciais são a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, além dos atributos derivados, que são o cuidado centrado na família, a competência cultural e a orientação comunitária.(Starfield, 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza o termo Atenção Básica (AB), definido da seguinte forma:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. [...] Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.(Brasil, 2012b, p. 19-20)

A Atenção Básica definida assim inclui as características que resumem a APS, e a coloca no contexto brasileiro, do Sistema Único de Saúde (SUS), com as especificidades brasileiras e os acúmulos do movimento sanitário. A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é a estratégia adotada para a reestruturação do SUS a partir da APS (ou da AB). Iniciou como Programa da Saúde da Família (PSF) com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS 96, mas é a partir de 2006 (Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006) que a Saúde da Família passa a ser o modelo prioritário para o Ministério da Saúde.

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida [...] como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção

básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

São itens necessários à Estratégia Saúde da Família:

I – Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) [...]

II – O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS [...]

III – Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe; [...]

[...] O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado. (Brasil, 2012b, p. 54-57)

Há, ainda, outras modalidades de equipes de AB para populações específicas, que são as equipes do consultório na rua e as equipes de SF para população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-mato-grossense, essas últimas podendo acontecer em unidades básicas de saúde construídas nas comunidades ribeirinhas ou em unidades fluviais (Brasil, 2012b). Qualquer que seja o modelo de organização de um serviço público, no Brasil, deveria estar sob a orientação dos princípios que orientam o SUS. A Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080 (Brasil, 2014) que dispôs sobre as condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, organização e funcionamento dos serviços, reafirmando os princípios (universalidade, equidade, integralidade) e as diretrizes organizacionais (regionalização, hierarquização, descentralização e participação social) (Pustai, 2013).

Embora possam ser avaliados separadamente, os atributos da APS apresentam-se intimamente inter-relacionados na prática clínica e, por isso, um serviço de Atenção Básica pode ser considerado como provedor de Atenção Primária quando apresente os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e

com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados (Harzheim, 2004). Os atributos da APS são nossas categorias de análise. Revisaremos os atributos para trazer nossos resultados e discuti-los. Optamos por trabalhar com todos os atributos, embora alguns apareçam com muita frequência, e outros não.

5.2.1. Acesso: portas abertas ou fechadas?

O primeiro atributo essencial da APS é a *atenção ao primeiro contato ou porta de entrada*, e envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis, e a utilização desses serviços quando surge uma necessidade de atenção (Starfield, 2002, p.241). Um serviço é considerado a porta de entrada ao sistema de saúde quando é identificado pela população e pela equipe como o primeiro recurso a ser buscado em caso de uma necessidade de saúde (Duncan, 2013), e uma vez buscado, que possa ser utilizado. Os estudos sobre acesso e acessibilidade são muitos, e os conceitos variam bastante entre os autores. Para a maioria deles, acesso se refere a uma parte do conceito de acessibilidade, pois seria o ato, o momento do ingresso no sistema de saúde, enquanto o conceito de acessibilidade seria mais abrangente.

Frenk (1985, apud Travassos, 2004) sistematizou o fluxo dos eventos entre a necessidade em saúde e a obtenção de cuidados necessários da seguinte forma: necessidades de saúde → desejo de obter cuidados → procura → entrada nos serviços → continuidade dos cuidados. Para Frenk, acessibilidade está limitada às etapas de procura e entrada nos serviços, entretanto, entre os diferentes autores essa delimitação varia. Frenk assume a acessibilidade como a relação funcional entre os obstáculos para procurar e obter cuidado, que denomina de resistência, e as capacidades da população para superar tais obstáculos, que denomina de poder de utilização. O que definiria o grau de acessibilidade seria, portanto, a relação entre a resistência e o poder de utilização. (Travassos, 2004). Para Donabedian (1973, apud Travassos) autor sempre citado quando o tema é acesso e acessibilidade, a conceituação da acessibilidade seria a capacidade dos serviços em produzir respostas às necessidades de saúde de uma determinada população. Donabedian distingue duas dimensões da acessibilidade: a socio-organizacional e a geográfica, que estão inter-relacionadas. O autor exclui de seu conceito as etapas de percepção das necessidades por parte da população, entretanto, considera que o serviço deve estar adequado às necessidades da população (Travassos, 2004).

Para os dois autores, acesso ou acessibilidade se referem também ao ingresso ao sistema, porém o enfoque dado por cada um difere bastante. Frenk (1985 apud Travassos, 2004) enfoca na trajetória, no processo desde uma necessidade de saúde (que pode ou não gerar a busca por atendimento), até a continuidade do cuidado. Adentra, portanto, outros atributos em Starfield (2002), que seriam a longitudinalidade ou a coordenação do cuidado, dependendo da interpretação da continuidade do cuidado proposta por Frenk (1985 apud Travassos, 2004). Acessibilidade para Donabedian (1973 apud Travassos, 2004), além de ser porta de entrada, se aproxima do atributo integralidade de Starfield (2002), pois considera a resposta às necessidades da população.

Assim como as definições de acesso e acessibilidade para os diferentes autores adentram outros atributos de Starfield, no material coletado em nosso estudo as falas trazem casos e situações em que as fronteiras não são bem nítidas quando se pretende olhar para um atributo. Eles se inter-relacionam, interpenetram-se. Ainda assim, procuraremos trazer situações que ilustrem cada atributo.

Existem algumas formas de acessar as equipes. Uma forma bastante utilizada pelos moradores é procurar os ACS enquanto estão “na área”. Na clínica, o que faz as vezes de “recepção” é o que chamam de “baias ou guichês de acolhimento”. São guichês mesmo, organizados por equipe, com uma divisória entre eles. Então quando a pessoa precisa de qualquer informação ou busca atendimento, ela precisa passar pelas tais baias. Os ACS se organizam em escala para que sempre tenha algum ACS ali. No turno de reunião de equipe, é comum outras equipes darem apoio à “baia vazia”. As equipes que fazem parte do Programa de Residência têm um telefone celular que costuma ficar com o ACS que está “no acolhimento”, é mais uma forma de oferecer acesso, porém ainda é subutilizado, segundo os profissionais. (diário de campo)

No Brasil, o Ministério da Saúde propôs, através da Política de Humanização da Saúde, o Acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, além de consistir em postura, atitude e tecnologia de cuidado (Brasil, 2011b). Como diretriz operacional, o acolhimento consiste em uma estratégia para inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, tendo como princípios garantir acessibilidade e atendimento a todos; reorganizar o processo de trabalho para a equipe multiprofissional que se responsabilize em escutar o usuário com o

compromisso de resolver seu problema de saúde; e qualificar a relação trabalhador-usuário por parâmetros humanitários, solidários e de cidadania (Franco, Bueno e Merhy, 1999).

As clínicas da família têm um modelo-padrão de organização interna, e o modelo dos guichês como local para acolhimento faz parte dele. “Muitos se queixam da falta de privacidade, não se sentem à vontade para dizer o que realmente precisam, ali” – relata um ACS em conversa informal. Apesar disso, o modelo tem uma vantagem: induzir que o acolhimento se dê por equipe, ou seja, a cada nova necessidade em saúde (em cada novo acesso), a pessoa procure por sua equipe, e não uma “equipe de plantão”, o que favorece o vínculo e a longitudinalidade. O uso do telefone celular para acessar as equipes de SF é mais uma forma de ofertar acesso, embora por enquanto somente as que fazem parte do programa de residência o possuam.

Embora a Rocinha tenha 100% de cobertura pela ESF, identificamos em nossa pesquisa alguns fatores que dificultam o acesso dos moradores aos cuidados em saúde. Dona Severina é uma senhora de 60 e poucos anos, cearense, que viera para o Rio de Janeiro com dois filhos depois da morte do marido. Gostava de dançar forró, mas já não dança por causa da dor nas pernas, que desconfia ser artrose. Hipertensa, tabagista, “só procura médico nas últimas”, conta a filha durante entrevista com as duas (mãe e filha). Dona Severina vive em frente à clínica Jorge Amao, a poucos metros de distância, mas a partir de seu endereço, deve ir ao Josué de Castro.

Pesquisadora: E a senhora vai aonde, qual Clínica da Família, dona Severina?

Severina: Essa aqui!

Filha: Agora expulsaram ela.

Severina: Eu tinha que ir lá pro Josué de Castro.

Filha: [...]é muita bagunça, né? É tão pertinho, poderia ser aqui!

Pesquisadora: E o que a senhora acha disso?

Severina: Eu acho errado isso aí. Porque é uma coisa mais perto, e a gente tem que deslocar mais, ir descendo pista e tudo pra ir...

Filha: Eu fico preocupada porque ela é muito despercebida...

Severina: É praticamente o terreno de casa, né. Da janela dá pra ver!

Pesquisadora: E a senhora já foi atendida aqui na Jorge Amado?

Severina: Já. Já. Desde quando fizeram, aí quando descobriram... (e dá risadas) Ah, tem bem uns três meses que descobriram...Piada isso tudo.

Tinha um moreno lá e o moreno “Ei! Ei! Tu não é daqui, não! Eu moro lá e não fecho com a senhora lá.” Eu falei “Ué, já morei lá, tenho 5 casas lá...Onde eu quiser morar eu moro! E fico aqui com a minha filha aqui embaixo, mas minha morada mesmo é lá em cima.” Mas não tem diabo que deixasse ficar.

Filha: Mesmo aqui, ela só vai nas últimas.

A filha segue contando que recentemente D. Severina adoeceu e, como estava sozinha em casa, sem quem lhe incentivasse a buscar atendimento, ficou aguardando melhorar ou piorar. Só procurou atendimento (na UPA) no quinto dia de febre, quando a filha retornou para casa. Estava com pneumonia. Sobre a hipertensão, diz que toma os remédios quando tem dor de cabeça.

Se voltarmos à sistematização da acessibilidade de Frenk (1985 apud Travassos, 2004), D. Severina tem resistência já na primeira etapa, de reconhecimento de uma necessidade em saúde; custa-lhe, portanto, buscar cuidados, a menos que “esteja nas últimas”, como disse sua filha. Quando procurou atendimento, inicialmente, teve acesso dizendo que morava em outro endereço; mas não conseguiu ter continuidade nos cuidados, pois a equipe veio a saber que, na verdade, D. Severina não morava onde “deveria”. Se recorrermos à Donabedian (1973 apud Travassos, 2004), que considera que o serviço deve estar adequado às necessidades da população, parece que o serviço falhou com esta senhora. A dimensão socio-organizacional se manteve rígida em suas regras, e a dimensão de acessibilidade geográfica não foi suficientemente considerada (Travassos, 2004). Poderíamos abordar vários outros atributos a partir do caso de D. Severina.

Casos que acontecem no cotidiano. Em todos os grupos com ACS e entrevistas com profissionais foram relatados casos em que as pessoas buscam formas de acessar os serviços de saúde.

[...]Se ela chegar aqui e não tem ninguém da equipe, *ela consegue alguém de outro lugar pra falar que mora em outro lugar e fazer o cadastro em outra equipe, vai falar que se mudou pra conseguir um atendimento.* (Josué de Castro, grifo nosso)

Esse caso foi relatado em um dos grupos focais. A moradora teria vínculo não com uma equipe, mas sim com a clínica. Aqui a moradora percorre o caminho inverso para conseguir o atendimento para seu problema: ao invés de solicitar o atendimento

e o serviço se organizar para apresentar uma solução, a moradora encontra como solução “forjar” um endereço para garantir o acesso.

[...] eu não gosto de mentira. Quando o paciente vem dizendo que mora naquele endereço e eu sei que ele não mora, e ele arruma um atestado[...] Quando falam pra mim “pô, me mudei, não consegui, consegue pra mim só hoje!” eu vou tentar de toda maneira ajudar o paciente pelo menos naquele atendimento de hoje, que ele tá precisando, e poxa, realmente, às vezes ele tem que se despencar, tem que procurar alguém, e por eu saber que lá não vai ser como aqui, eu prefiro pelo menos hoje, que eu tou vendo a necessidade dele, que ele seja atendido, que ele saia daqui com remedinho, com atendimento, com a guia, entendeu? Do que ele saia daqui todo prejudicado indo procurar atendimento em outro lugar que eu não sei se o comprometimento de lá... (ACS Josué de Castro)

Aqui, a ACS nos coloca pelo menos três questões relevantes. A primeira é reafirmar que é uma situação corriqueira as pessoas buscarem formas de “burlar” o sistema tal como é organizado a fim de acessarem o serviço de saúde. A segunda questão é que a ACS se sensibiliza com as pessoas, entende que o melhor é que elas sejam atendidas em suas necessidades, entretanto, para que as pessoas recebam atendimento, precisam da “ajuda”, do “favor” dela, ACS. Ela não entende, portanto, que seja um direito da pessoa receber atendimento em suas necessidades em saúde. A terceira questão é que o acesso (aqui entendido como o ato de ingressar no serviço) é dependente de quem estiver no “guichê de acolhimento”, e então os códigos que permitirão, facilitarão ou impedirão o acesso serão atravessados por questões individuais do ACS. No jogo de forças de Frenk (1985 apud Travassos, 2004), se uma pessoa mentir o endereço para tentar utilizar o serviço, isso pode representar uma barreira, como pode representar um passaporte, a depender de quem tiver poder para decidir. No exemplo aqui descrito, o passaporte seria dizer a verdade.

Todavia, uma médica descreve outra situação:

A agente (ACS) viu que eu tava com um paciente fazendo cauterização e aí, já na última consulta, me avisou, colocou lá num ícone que ele já tinha mudado de área. Aí eu fiz a última aplicação de ATA dele, depois orientei ele a procurar a unidade dele, e a minha ACS avisa a ACS dele “ó, paciente novo aí na sua área”, pra recadastrar, ir lá visitar... tá resolvido, fizeram isso. *Na verdade eu sabia desde o começo, mas não falei nada pra ACS... risos, mas depois ela me avisou...*(médico equipe Jaca, grifo nosso)

À luz da teoria de Frenk (1985 apud Travassos, 2004), o paciente venceu as resistências iniciais, pois percebeu um problema de saúde, quis obter cuidados, procurou e conseguiu ingressar no serviço. Em algum momento deste trajeto, a médica já havia identificado que o paciente não era (mais) morador da área de abrangência de sua equipe, entretanto, optou por continuar o tratamento que havia iniciado. O poder de utilização se impôs sobre a resistência. Alcançou-se o primeiro atributo de Starfield (2002). O serviço foi identificado pelo morador como primeiro recurso a ser buscado, e ele conseguiu utilizá-lo. A estratégia utilizada pela médica para seguir o tratamento foi não dizer para o ACS, “mas ela depois me avisou”. Nesse momento a equipe transfere, então, o paciente para outra equipe. Não será alcançado, nesse caso, o segundo atributo da APS, a longitudinalidade.

5.2.2A longitudinalidade

Relacionado diretamente ao primeiro atributo, uma vez que o acesso é pré-requisito para que aconteça, o segundo atributo da APS é a longitudinalidade, que, para Starfield (2002), consiste na “relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde”. Para a autora, ter atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como “sua” (Starfield, 2002).

O uso dos termos não é consenso entre os diferentes autores que tratam do tema: alguns utilizam longitudinalidade, outros continuidade e outros, ainda, utilizam os dois termos como sinônimos. Em estudo de revisão sobre o atributo, Cunha e Giovanella (2011) encontraram semelhança entre os termos, embora as dimensões identificadas não sejam idênticas (Cunha e Giovanella, 2011).

Para Starfield (2002), a longitudinalidade é diferente da continuidade do cuidado. A continuidade estaria relacionada a um problema de saúde específico e a sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação ao tratamento do paciente, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo (Cunha e Giovanella, 2011). A continuidade se refere ao manejo de problemas, enquanto a longitudinalidade, à atenção às pessoas (Starfield, 2002).

McWhinney (2010) prefere o termo continuidade do cuidado (o autor utiliza *continuity of care*, mas na tradução para o português encontramos continuidade do

atendimento). Para o autor, que trata da medicina de família, a continuidade é definida como relacionamento duradouro entre médico e paciente, o que é fundamental para uma especialidade que é definida em termos de relacionamentos. A definição de continuidade do cuidado de McWhinney se assemelha muito à longitudinalidade de Starfield, entretanto quando classifica as dimensões da continuidade, percebemos que seu conceito extrapola a longitudinalidade, incorporando características que para Starfield seriam de outros atributos.

McWhinney se baseou em Hennen (1975 apud McWhinney) para descrever cinco dimensões da continuidade do cuidado: interpessoal, cronológica, geográfica (casa, hospital, consultório), interdisciplinar (diferentes necessidades, como atendimento obstétrico, cirúrgico etc.), e de informação (continuidade por meio de registros médicos). O autor assume que não é possível para o médico estar disponível em todos os momentos nem prestar todos os atendimentos que as pessoas precisam, mas é de sua responsabilidade garantir a continuidade do cuidado por um representante competente (neste momento a continuidade-longitudinalidade se aproxima de outros atributos como a coordenação do cuidado de Starfield) (cf. McWhinney, 2010). Nós utilizaremos o termo longitudinalidade, já que nos apoiamos nos atributos de Starfield.

Cunha e Giovanella (2011), a partir da revisão de estudos, concluem que são três os elementos fundamentais na composição do atributo: uma fonte regular de cuidados em APS; vínculo terapêutico duradouro entre pacientes e profissionais de saúde (relação interpessoal); e continuidade informacional (prontuário, os registros). Esses elementos podem ser identificados como dimensões da longitudinalidade (Cunha e Giovanella, 2011). Para Starfield (2002), entretanto, a continuidade informacional se insere na coordenação do cuidado, e é nela que discutiremos.

Neste artigo de revisão (de Cunha e Giovanella, 2011), as autoras são categóricas ao afirmar que a longitudinalidade é a característica central e exclusiva da atenção primária, o que justificaria sua utilização para fins de avaliação da APS (Cunha e Giovanella, 2011). Em nosso estudo, é justamente o atributo que mais aparece. Surge pois no modelo da ESF, quando a pessoa deixa de “pertencer” àquela área geográfica, e o cuidado é interrompido se forem cumpridas as regras da adscrição. Procuramos identificar fatores que dificultam a realização do cuidado orientado pelos atributos da APS descritos por Starfield diante da mobilidade populacional.

O usuário tem o direito de escolher onde vai ser atendido. Se disser: eu quero ser atendida exatamente naquela clínica ali, vai ser vinculada àquela clínica, mesmo não morando lá ela vai ser atendida lá. (ACS equipe Caju)

A fala acima é um ACS da equipe Caju, e o trecho abaixo é complementar à fala, de nosso diário de campo.

O discurso parece muito bonito. Parece que decoraram os princípios do SUS, e um dos agentes, o que monopoliza a fala, estufa o peito para falar que o usuário tem direito de acessar o serviço onde quiser, e que se ele se mudar e quiser continuar o atendimento ali, basta querer, ele pode. Entretanto, as falas seguintes contrariam o discurso. Logo depois disso o ACS descrevia o caso de uma mulher mãe de uns sete filhos, que se mudou recentemente para uma casa poucos metros distante do limite entre as áreas. A moradora dizia que só confiava na equipe Caju, e pediu para continuar nela, mas esse mesmo ACS que discursava sobre o direito de escolha da pessoa, orientou a mulher e as crianças a procurarem outra equipe, pois ficaria difícil pra ele acompanhar tantas crianças. (Diário de campo)

A adscrição territorial neste caso representou uma barreira para a longitudinalidade. O fato de ter ultrapassado a fronteira que limita a área da equipe, embora a mudança tenha sido para um endereço muito próximo, foi mais forte que o vínculo que a paciente tinha com a equipe. Havia vínculo, havia relação pessoal um tanto duradoura – havia longitudinalidade. O trecho a seguir é da mesma equipe Caju, e tem o relato da ACS que chamaremos aqui Maria sobre o caso de uma gestante que mudou de endereço durante a gravidez.

Uma gestante da minha área que foi lá pra longe, ela queria continuar aqui, mas você sabe que uma gestante você tem que ir na casa da gestante uma vez por mês...Aí eu orientei ela a procurar a equipe, eu peguei o endereço, direitinho, do jeitinho que ela me falou, falei que equipe que ela tem que procurar, e saber quem é o agente de saúde dela, pra ela ter acompanhamento mensal e continuar o tratamento, entendeu? Porque a dificuldade de você sair daqui e ir pra longe é muito grande. Difícil pro ACS fazer a visita. E pro próprio médico também, se acontece alguma coisa, de vir o Cegonha Carioca e de falar assim “quem é o agente de saúde?” [...] *as pessoas que moram dentro da área têm às vezes já dificuldade de acesso, imagina quem mora fora de área! Então é mais favorável pra esse pacienteter um agente de saúde mais próximo dele, um médico mais próximo dele, de fazer as visitas também, porque é importante, as visitas do médico é importante, às vezes tem problemas particulares que o médico precisa ir, precisa conversar, a enfermeira também, uma técnica, entendeu?* (ACS equipe Caju, grifo nosso)

Quando questionado se houve algum problema com os pacientes que foram transferidos após terem mudado de área de abrangência, a ACS comenta:

da minha microárea, todos que eu orientei direitinho como encontrar sua equipe, no guichê certo, e até falei o nome do gerente, eles não tiveram retorno, não tiveram problema, e assim, a gente fica com o telefone deles, a gente até liga, “e aí, correu tudo bem?” com o próprio paciente. Mesmo assim, os que são muito responsáveis, eles retornam aqui e reclamam. Agora, quem não é responsável, a gente tem o acesso, tem o telefone deles, entra em contato com eles pra saber como é que tá... (ACS equipe Caju, grifos nossos)

Neste caso, a gestante desejava continuar o acompanhamento de seu pré-natal com a equipe que o iniciou, o que não aconteceu. Os argumentos para transferir a gestante eram a necessidade de visita mensal e a dificuldade de realizar a visita quando o local é distante; a dificuldade para outro profissional realizar visita se necessário (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem); a responsabilidade para a equipe em caso de algum problema com o Cegonha Carioca (projeto da SMSDC/RJ para as gestantes do município, conta com ambulância que leva as mulheres para as maternidades). Procuramos a gestante para saber como havia sido para ela essa transferência de equipe já em fase adiantada da gestação, como descrito no diário de campo.

Fui procurar a moradora que estava grávida quando se mudou, a ACS me orientou procurar a nova equipe. Relatava que não houvera conflitos, que ela foi pra outra equipe e tudo ok. A ACS perdeu o contato, pois o telefone que ela tinha, a paciente não atendia mais, mas tinha ideia de que tinha ido morar num determinado beco, que não sabia de qual equipe seria agora. Uma enfermeira me ajudou a encontrá-la no sistema de prontuário eletrônico, e viu que a paciente tinha um cadastro temporário na equipe tal. Fui falar com o ACS que estava na “baia” da equipe, ele viu que a paciente havia faltado à consulta pré-natal. O cadastro completo não havia sido feito. Procurou uma pasta onde estão registradas todas as mulheres que estão grávidas... Fizemos contato telefônico, e alguém [talvez sua mãe] atendeu dizendo que a moradora teve um parto prematuro e estava internada no hospital Miguel Couto. Coincidentemente, ele era o ACS da paciente, mesmo sem saber... Parece que as coisas não foram tão bem, nem com a transferência nem com a paciente e o RN, e o vínculo com a APS terá de ser refeito...(diário de campo)

A partir do relato, parece que a ACS teve autonomia para fazer a transferência da gestante para outra equipe, pois não mencionou a participação da equipe técnica

no processo da transferência, nem para a tomada de decisão, nem para fazer contato com a equipe que a receberia. A ACS orientou verbalmente como a paciente deveria fazer, mas não foi suficiente para que a gestante chegasse lá. A gestante teve problemas na gravidez justamente no momento da “ponte”, na travessia entre uma equipe e outra. Já não poderia recorrer à equipe anterior, e ainda não tinha vínculo de confiança estabelecido com sua nova equipe. Nesse caso, em que a adscrição foi mais importante que a longitudinalidade, não sabemos o quanto esse *gap* contribuiu para o desfecho indesejado do parto prematuro, já que entre suas causas estão situações que poderiam ser tratadas na atenção primária. Sabemos, entretanto, que a APS não esteve presente no momento em que houve necessidade. Se longitudinalidade é reconhecer um serviço como sua referência de cuidado (Starfield, 2002), aqui falhou.

Identificamos alguns fatores que dificultam a realização da longitudinalidade aqui: a adscrição vem em primeiro lugar, já que, a princípio, a equipe é responsável pela população que vive dentro da área adscrita; o excesso de tarefas atribuídas aos ACS dificultaria a permanência dos pacientes na equipe, a gestante teria de receber visitas domiciliares mensais da ACS, e as crianças uma série de outras atribuições. Entretanto, em nossas observações na pesquisa de campo, vimos que essa equipe que fora bastante rigorosa em relação a assumir o cuidado estritamente dos que moram na área, é a equipe que possui maior número de pessoas em seu território, portanto a saída de alguém por motivo de mudança contribui para maior equilíbrio em relação ao tamanho das equipes.

Sabendo que a adscrição é critério para acompanhamento, os moradores buscam estratégias para que se mantenham vinculados às suas equipes:

Tem alguns que tentam omitir que se mudaram. Os vizinhos falam que não tá mais lá, e o paciente “não, eu moro lá”! Mas a maioria desses nossos pacientes que se mudam, eles falam que se mudaram, mas que querem continuar acompanhando. (Enf.ªequipe Graviola)

O trecho da fala da enfermeira é uma generalização de muitas outras falas e casos descritos. As estratégias dos moradores para não trocarem de equipe se assemelham às estratégias para terem acesso, e se resumem em encontrar “meios para provar” que moram onde não moram mais, ou em compartilhar com a equipe que já não moram mais dentro “da área” da equipe, mas que querem continuar na

mesma equipe. E isso se dá de distintas formas. Um caso ilustrativo é o de D. Severina, cuja fala já foi citada neste texto.

Assim como os moradores buscam estratégia para alcançar cuidados primários em saúde, os profissionais também o fazem.

Acho que pela questão do próprio vínculo que a gente tem com o usuário [...] é difícil a gente se desvincular também. Às vezes a gente coloca isso muito pro usuário “ah, porque ele é vinculado à equipe, ele não quer deixar de ser atendido aqui...”, mas a gente também tem essa dificuldade. [...] Pros pacientes também deve ser estranho pra eles compreenderem, quando começam a criar um vínculo, começam a sei lá, caminhar um pouco mais no projeto terapêutico, eles mudam, aí mudam de equipe... (Enf.^aJosué de Castro)

A fala da enfermeira define muito bem a relação de vínculo que se busca. Em nosso estudo, encontramos, a partir do estabelecimento de vínculo mútuo entre profissionais e pacientes, que as equipes mobilizam esforços para encontrar estratégias para alcançar a longitudinalidade para população que migra para além dos limites da adscrição, e continuar, a longo prazo, acompanhando as pessoas que se mudaram não é uma possibilidade, ao menos que busquem formas de atenuar o impacto negativo da descontinuação do cuidado.

A gente já fez alguns pré-natais do Rio das Pedras, porque tem muita gente daqui que se muda pro Rio das Pedras, aí elas continuam vindo aqui com a gente, e quando termina, vê qual é a unidade de referência pra encaminhar. Mas gestante, se começou o pré-natal aqui a gente continua. [...] Alguns casos específicos em que o paciente tava em tratamento supervisionado de tuberculose e se mudaram, continuaram o tratamento com a gente, e depois que terminaram o tratamento a gente encaminhou. (Enf.^a equipe Graviola)

Assim como a gestante pode continuar seu pré-natal na equipe com a qual iniciou, e a pessoa em tratamento para tuberculose também, outros casos foram descritos nas entrevistas. Em outra clínica, um casal que se mudou e desejava método contraceptivo definitivo, só foi transferido para outra equipe quando o homem foi submetido a procedimento de vasectomia. Essas combinações apareceram em duas das três equipes entrevistadas. Não foi empecilho, para realização do pré-natal, por exemplo, a orientação da PNAB (Brasil, 2012b) em relação às visitas pelo ACS, como foi na equipe Caju.

O resultado desses esforços foi, pelo menos, de continuidade do cuidado, e então nos referimos à continuidade de Starfield (2002), e não a longitudinalidade. Nesses exemplos descritos, havia alguma necessidade específica em saúde, e as equipes deram suporte, em resposta a essa necessidade, amparando a pessoa naquele momento e amenizando as perdas inerentes à mudança de equipe.

Há casos em que a equipe opta por continuar acompanhando por tempo indefinido, como o caso de um senhor, descrito abaixo pela ACS da equipe Graviola:

[...] nós descobrimos a diabetes dele há uns dois anos, é um senhor já, agora de 80 anos, e a gente começou a fazer o acompanhamento dele, começou a usar insulina, fez um machucado no dedo do pé, a gente cuidou, mas não teve jeito, e aí ele foi amputado. Amputou. E, a minha área é uma área muito alta, tem muitas escadas, [...] por conta da dificuldade de locomoção, ele precisou sair da área em que eu trabalho, e foi pra beira de rua, pro carro parar na porta, e aí nós estávamos comentando sobre o que nós faríamos, porque a equipe tal, perguntou se nós iríamos transferir a paciente, e o Dr.falou que não, porque era um paciente que a gente já vinha acompanhando, é um paciente que a gente tava junto. Assim como tem alguns pacientes que mesmo que a gente vá passar uma parte da nossa microárea, eu e Laura, tem alguns pacientes que o nosso médico de família falou “não, tem alguns pacientes xis que...” porque é um paciente acamado, é um paciente amputado, paciente que a gente já vem acompanhando o caso há mais tempo. Então esses pacientes, por mais que eles se mudem, o nosso médico faz questão de acompanhar. (ACSLuiza, equipe Graviola)

O vínculo do paciente e sua família com a equipe mobilizou a equipe de tal forma que se optou por manter o paciente sob sua responsabilidade. Aqui, novamente, nem as atribuições do ACS para com um paciente acamado, nem a dificuldade com o deslocamento da equipe foram barreiras para continuar o cuidado. É, entretanto, um caso peculiar, quando toda a equipe conhece em profundidade sua história, pois vivenciou junto um período difícil de sua vida. Além desse, outros casos foram descritos pelas equipes, mas serão trabalhados junto a outros atributos.

A partir de nosso material, podemos afirmar que a força do vínculo, da relação entre moradores e equipe, foi determinante para que as equipes se mobilizassem e criassem estratégias para continuar cuidando de pessoas apesar de terem saído das áreas de abrangência. De forma geral, a estratégia é a flexibilidade. Flexibilizam-se as regras, as atribuições, para que seja possível a continuação do cuidado. Para alguns casos, é por tempo pré-definido (por exemplo, o pré-natal), para outros não.

5.2.3A integralidade

O terceiro atributo da Atenção Primária descrito por Starfield (2002) é a integralidade. Para a autora, integralidade é o componente que orienta à atenção primária para que reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. É a APS que deve decidir se tem capacidade de prestar determinados serviços e essa capacidade varia entre os diferentes locais, dependendo da natureza e da frequência dos problemas de saúde das diferentes populações. O que não for da capacidade do serviço de APS deve ser referenciado a outros níveis de atenção (Starfield, 2002). O termo integralidade, por se tratar de noção do senso comum, frequentemente aparece na literatura como algo evidente, uma expressão autoexplicativa, como se prescindisse de uma definição mais precisa (Nunes, 2011).

Para Ruben Mattos (2001) a integralidade, para além de uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”.

[...] um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns, desejáveis[...]. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária [...]. Toda imagem objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade [...]. Mas a imagem objetivo nunca é detalhada. Ela não se confunde com um projeto altamente específico, que indica as nuances que a configuração futura sonhada terá. Ao contrário, ela sempre é expressa através de enunciados gerais [...]. *Toda imagem objetiva é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos*[...]Integralidade [...] parece ser assim: uma noção amálgama, preche de sentidos. Nessa perspectiva, *aquela pergunta inicial — o que é integralidade — talvez não deva ter resposta unívoca. Talvez não devemos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo* e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa. (Mattos, 2001, grifos nossos)

Mattos (2001) assume que não tem a intenção de definir ou conceituar “integralidade”, mas sim de buscar sentidos e significados a partir dos usos do termo. O autor escreve sobre três conjuntos de usos da integralidade: na prática dos profissionais, na forma de organizar os serviços e nas políticas especiais. E ainda

coloca, qualquer que seja o espaço, que a integralidade se aproxima do que se opõe ao reducionismo, à fragmentação.

No Brasil, o termo remonta à história da medicina integral e ao ensino médico nos Estados Unidos. A medicina integral fazia uma crítica ao modelo de ensino nas escolas médicas, de especialização crescente, com tendência à fragmentação e ao reducionismo, que impossibilitava a apreensão das necessidades mais abrangentes dos pacientes (Mattos, 2001; Arouca, 2003). No Brasil, a medicina integral aproximou-se da preventiva, que se afastava progressivamente da prática clínica assistencial. Acentuava-se, no Brasil, uma dicotomia: de um lado, a medicina preventiva e o Ministério da Saúde com as ações de saúde pública, e, de outro, o Ministério da Previdência Social, com a assistência (Mattos, 2001; Pustai, 2013).

Como conquista do movimento sanitário, a Constituição Federal de 1988 traz em seu artigo 198, inciso II, que as ações e serviços públicos de saúde devem oferecer atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 2012a). Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, ver Brasil, 2014) destaca como um dos princípios do SUS a integralidade da assistência, entendida como “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, 2012a).

Apesar de estar presente no texto constitucional, a integralidade como princípio do SUS é dos mais difíceis de ser avaliado, talvez justamente pelo que nos coloca Mattos sobre a polissemia do termo e a delicadeza em se tentar defini-lo. Diferentes autores, entretanto, propõem formas para avaliá-lo, enquanto princípio do SUS e enquanto atributo da APS (o que mais nos interessa aqui).

Giovanella, Escorel e Mendonça (2003) desenvolveram um conceito de integralidade para avaliar seu cumprimento na gestão e organização de sistemas municipais de saúde composto por quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, garantia da atenção nos três níveis de assistência, articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação, e abordagem integral do indivíduo e famílias (cf. Nunes, 2011; Conill, 2004). Nunes (2011) cita o estudo de Paim e Vieira-da-Silva (de 2010), em que apresentam, a partir de revisão de literatura, cinco aspectos que seriam condições para adoção da integralidade: cuidado, prática, programa, política e sistema.

Em 2010, o Ministério da Saúde, em colaboração com o Grupo de Pesquisa em APS da UFRGS, lançou o *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde*, o “PCA-Tool Brasil”. O instrumento foi criado por Starfield e colaboradores na *Johns Hopkins PrimaryCarePolicy Center*, com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966 apud Brasil, 2010), e posteriormente validado para uso no Brasil. O instrumento, autoaplicável para os usuários, se propõe a avaliar os quatro atributos e os três atributos derivados da APS. Para avaliação da integralidade, as questões da versão Criança são referentes à prevenção de agravos e a orientações sobre desenvolvimento; as questões da versão Adulto se referem à prevenção e à variedade de serviços prestados pela APS (Brasil, 2010).

Voltando à Starfield (2002) e ao atendimento às necessidades de saúde da população, nos aproximamos de Paim (1980 apud Nunes, 2011), que diferencia “necessidade de saúde” e “necessidade de serviços de saúde”, em que a primeira seria sobre as necessidades humanas relacionadas a um conjunto de condições necessárias para a obtenção de saúde no sentido de atender a existência (alimentação, educação, moradia, emprego, lazer etc.), e a segunda um tipo específico de necessidade humana, relacionado aos serviços prestados pelos sistemas de saúde. As necessidades de saúde, coloca, são social e historicamente determinadas (Nunes, 2011). Cecilio(2001 apud Nunes, 2011), sobre as necessidades em saúde, discrimina a necessidade de ter boas condições de vida, necessidade de criação de vínculos e afetos usuário-profissional-equipe, necessidade de autonomia e necessidade de acesso e consumo de todas as tecnologias de saúde capazes de prolongar a vida. As primeiras três equivalem às necessidades de saúde de Paim, enquanto a quarta se relaciona à necessidade de serviços de saúde de Paim (Nunes, 2011).

Embora muitos autores concordem com a dificuldade em definir o que é integralidade, ainda assim o tentam fazer. Como trouxe Mattos, ao tentar definir um termo como integralidade, corre-se o risco de reduzir um termo que é polissêmico, e de fazer justamente aquilo a que o termo se opõe. Em nosso estudo, por discutir a APS na Rocinha, a partir dos atributos de Starfield, nos apoiaremos na autora, mas procurando ampliar o conceito à luz da realidade brasileira. E por ser difícil definir, nos foi difícil resgatar falas que tratem sobre integralidade, assim como foi difícil responder às questões colocadas em nossos objetivos específicos: que fatores dificultam que seja

alcançada a integralidade nas equipes estudadas? Que estratégias utilizam as pessoas que migram na Rocinha para receberem cuidados “integrals”? E que estratégias utilizam as equipes para aproximar suas práticas do atributo integralidade?

O caminho que optamos percorrer para tentar responder às questões é tomar emprestado o conceito de “imagem-objetivo” trazido por Mattos (2001), que fala sobre

práticas que são consideradas desejáveis, valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária”, e ainda “toda imagem objetivo tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade, e não se confunde com um projeto altamente específico.(Mattos, 2001)

E tentamos aproximá-lo de Starfield (2002), quando afirma que a integralidade, para além da vasta gama de serviços ofertados, é “a resposta às necessidades de saúde da população”, e essas necessidades vão surgir na experiência de cada lugar, de cada encontro da equipe com as pessoas. Não aí é pré-definido nem bem-definível.

Optando por esse caminho, encontramos como fatores que dificultam a realização da integralidade todos aqueles que limitam as possibilidades de cuidado singulares, que surgem no encontro entre a pessoa e o profissional da equipe, quando esses conseguem fazer um vínculo. E dentro do nosso tema de pesquisa, identificamos a rigidez em se trabalhar com a adscrição como principal fator que dificulta a integralidade do cuidado àquele que, por qualquer motivo que seja, ultrapassa os limites da adscrição em seu habitat. Já citamos alguns casos em que a adscrição funcionou como barreira no cuidado: em relação ao acesso e em relação à longitudinalidade. Podemos utilizar esses mesmos casos para pensar a integralidade: o caso da gestante da equipe Caju que, apesar de seu pedido para se manter na equipe, fora orientada a procurar outra equipe, em outra clínica, aonde nunca chegou. Não teve acesso, perdeu o local de referência para seu cuidado em um momento que necessitava, para ela, para o bebê e para a família que se formava. Não teve atendidas suas necessidades em saúde porque mudou de endereço. Talvez não importasse para a gestante uma consulta mensal da agente comunitária de saúde, entretanto, esse foi o fator que impediu seu cuidado em APS.

Para identificar as estratégias utilizadas pelos moradores para receberem cuidados, novamente podemos retomar as já citadas: tentam utilizar um endereço

onde em realidade não moram ou solicitam que o cuidado seja continuado. Aqui, para se buscar cuidado integral, ele precisa ser continuado, portanto acesso e longitudinalidade são pré-requisitos para que se alcance a integralidade.

Utilizaremos um caso descrito pelo médico da equipe Graviolapara discutir integralidade.

Dona Maria das Dores era uma senhora com seus 50 e tantos anos, que tinha uma osteoartrose de joelho, mas era leve, não a comprometia, ela trabalhava, a gente fazia VD e ela tava dançando forró no bar, mas que começou a ter muita dor, muita dor no joelho, começou a não conseguir caminhar, ter atrofia da perna, e teve que sair da nossa área por causa das escadas. Não conseguia ir pra casa, não conseguia sair de casa, se mudou pra Santa Cruz porque lá é plano, mas não conseguia se consultar lá, e vinha pra cá. E ainda hoje vem. Eu combinei que eu iria acompanhá-la e isso já faz um ano. Combinei que eu ia acompanha-la até a gente conseguir marcar a cirurgia. Aí foi marcada a cirurgia, e aí tinha uma questão do INSS dela, que negava e ela tava vendo com advogada, e como eu que tava vendo ela fiquei dando os laudos, mas ela vinha de Santa Cruz até aqui pra consultar, chegava as 8h da manhã pra consultar, quando eu chegava na clínica ela já tava lá, consultava e pegava o ônibus pra voltar pra Santa Cruz. Aí acabei marcando a cirurgia dela e ela só tá esperando...(médico equipe Graviola).

Este rico relato, em poucas linhas, nos permite imaginar a vida de Dona Maria das Dores. Era avistada pela equipe dançando forró em sua comunidade, mas em um período muito curto, a artrose a impediu de dançar e a levou a buscar um lugar aonde as escadas não a impedissem de chegar a sua casa;foi morar em Santa Cruz, distante algumas horas de ônibus da Rocinha. Junto com a doença vieram muitas mudanças da vida. A equipe, para atender às necessidades de saúde de D. Maria das Dores, flexibilizou a regra da adscrição, e continuou a acompanhá-la, buscando atender às suas necessidades em saúde dentro do que pode ser feito na APS, e encaminhando no momento adequado para o serviço especializado.

A integralidade aqui se faz no plano individual, do cuidado, de se atentar às necessidades em saúde da pessoa e esgotar todos os recursos de que se dispõe para melhor atender o ser em suas necessidades. Para chegar à integralidade, têm de estar presentes os outros atributos da APS: o acesso, a longitudinalidade, e a coordenação do cuidado também.

5.2.4A coordenação do cuidado

Sendo múltiplas e complexas as necessidades em saúde da população na APS, há necessidade de profissionais de diversas categorias que atuem de forma coordenada, além da articulação com cuidados dispensados nos demais serviços e níveis de atenção, já que uma parte dessas necessidades demandará serviços de atenção secundária e terciária. A coordenação do cuidado é o quarto atributo essencial da APS, e para Starfield (2002),

A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores. Como nem todas as necessidades podem ser atendidas dentro da atenção primária, as pessoas tem de ir a outros lugares, por vários aspectos de suas necessidades de saúde. Algumas vezes, o fazem com o reconhecimento explícito do clínico da atenção primária, por meio de processos de consultoria e encaminhamento. Em outras ocasiões, buscam estes serviços por si mesmos. Além disso, há uma necessidade, dentro da própria atenção primária, de integrar ou coordenar os serviços prestados por diferentes membros da equipe de profissionais. (Starfield, 2002, p. 368-369)

Starfield (2002) entende que os desafios da coordenação se dividem em três partes: dentro do estabelecimento de atenção primária; com outros especialistas solicitados para algum aconselhamento ou intervenção curta; e com outros especialistas que tratam de um paciente por longo período de tempo, pela presença de algum problema específico. O desafio para alcançar a coordenação do cuidado é maior quando o encaminhamento faz parte de um manejo continuado de um problema de saúde por outro especialista, uma vez que requer diálogo contínuo entre os dois níveis da atenção, às vezes para solucionar mal entendidos ou evitar ausência de informações importantes (Starfield, 2002). Entretanto, uma melhor comunicação entre os profissionais pode levar a situações de discordância em relação ao entendimento do que seja mais adequado. Especialistas tendem a favorecer estratégias que melhoram o problema do paciente, enquanto os médicos de família atentam à situação global do paciente (Starfield, 2002).

No basta con la atención perfecta de los distintos especialistas, pues al multiplicar las decisiones diagnósticas y terapéuticas "perfectas" el resultado puede ser desastroso, por los efectos secundarios y adversos, y la incompatibilidad entre las distintas intervenciones. Esta es una importante limitación de los protocolos y guías clínicas. Lo que interesa es la calidad global con la mínima cantidad de intervenciones. Sin coordinación es difícil

asegurar la seguridad del paciente, el reducir al mínimo las intervenciones médicas y controlar los efectos adversos médicos. Este papel de coordinador del médico general se ve facilitado por la función de filtro [...] (Gervas, 2006)

Além de conhecer o paciente e de ter no registro um documento importante para a continuação do cuidado, o médico da APS como coordenador do cuidado encontra nesse papel a possibilidade de proteger os pacientes do excesso de intervenções (prevenção quaternária), muitas vezes com prejuízo global, como afirmam Gervase Fernandes (2006), é “o profissional da atenção primária como defensor do paciente” (Robinson, 1976 apud Starfield, 2002).

Em relação aos registros e prontuários, que permitem a continuidade através da informação, Starfield (2002) associa à coordenação do cuidado, enquanto outros autores, como Cunha e Giovanella (2011), utilizam o termo “continuidade informacional” como uma das dimensões da longitudinalidade (ou da continuidade do cuidado). Nós trabalharemos os registros dentro da coordenação. A seguir, trecho transcrito do diário de campo, e duas falas sobre o prontuário.

O prontuário é eletrônico desde 2010, embora já tenha havido algumas trocas de prontuário (a maioria prontuários portugueses), mas ele não é integrado nem mesmo entre as três CF da Rocinha! Se uma pessoa se muda e passa a acompanhar em outra clínica, a nova equipe não tem acesso ao prontuário do paciente! Além disso, com as mudanças de prontuário, dizem que muita informação se perdeu...(diário de campo)

Não tem comunicação entre uma clínica e outra, em termos de prontuário. (ACS equipe Caju)

A gente só consegue acessar o prontuário de quem é da unidade (Médica equipe Jaca)

Apesar de ser utilizado o mesmo sistema de prontuário nas três clínicas, eles não funcionam de forma articulada, o que impede a continuidade da informação quando os moradores passam a ser atendidos em outra clínica. Além da fragmentação do sistema de prontuários, nem todos os profissionais parecem compreender a importância da coordenação do cuidado. A fala seguinte é da médica da equipe Caju, que quando questionada sobre a forma que a equipe procede quando chega um paciente que vem de outra clínica da Rocinha ou quando sai da Clínica para uma outra, em relação aos registros e informações, diz:

[...]o paciente que vai, pra mim ele se perde. O paciente pra mim tá perdido. Eu perco esse contato. Não sei. Perco. Foi embora. Foi embora. E o paciente que vem, pra mim tanto faz de onde ele vem. Porque se ele veio do Nordeste, acabou de mudar, ou se ele veio lá de baixo, pra mim é a mesma coisa. *Eu começo uma história nova aqui.* Eu não tenho essa história velha dele. Eu não tenho como pegar...(médica equipe Caju, grifo nosso)

A médica demonstra não ter clareza a respeito da importância dos registros, da coordenação do cuidado, e podemos ainda extrapolar, da longitudinalidade. Aqui falamos dos pacientes que, por saírem da área adscrita, mudam também de clínica equipe de SF. O prontuário é um documento do paciente, e uma ferramenta que deve servir para que o próximo profissional possa dar algum tipo de seguimento no cuidado que estava sendo prestado. O paciente tem sim uma história, e está inserido em um contexto. Embora existam empecilhos, é possível, sim, “pegar” o prontuário anterior.

Dias (2012), em estudo sobre estratégias de coordenação do cuidado entre os níveis primário e secundário em Belo Horizonte, descreve um sistema de prontuários eletrônicos em que há integração tanto na rede de atenção primária, como entre os diferentes níveis. No estudo, utilizou-se um encaminhamento para cardiologista como traçador, e se verificou que o uso do prontuário eletrônico compartilhado entre os profissionais da APS e o cardiologista melhoraram a coordenação do cuidado (pois melhorou o recebimento de informações dos atendimentos feitos pelos cardiologistas, e reduziu a duplicação de exames de apoio diagnóstico) (cf. Dias, 2012). Diferente dos dados que Dias (2012) apresenta sobre Belo Horizonte, no Rio de Janeiro, estudo de avaliação das clínicas da família, diz o seguinte sobre o prontuário clínico:

[...] a inexistência de um sistema de prontuário eletrônico integrado entre os níveis primário, secundário e terciário impede que haja uma contrarreferência adequada. Aliado a isso, não há mecanismos de coordenação assistencial sistematizados e a comunicação do nível primário com os demais níveis é praticamente inexistente.(Harzheim, 2013)

Existe o Sisreg, sistema de regulação de vagas para os níveis secundário e terciário, em que o nível primário necessariamente fornece informações sobre o paciente, mas o especialista, embora esteja recebendo o paciente justamente para isso, na maioria das vezes não fornece informações para o médico da APS (cf. diário de campo). Identificamos como fatores que dificultam a boa coordenação do cuidado: a fragmentação ou falta de integração do prontuário eletrônico entre as diferentes clínicas da Rocinha (e é claro, com os outros níveis do sistema); a falta de organização

entre as diferentes clínicas, pois mesmo na ausência de um prontuário integrado, deveria haver uma forma em que administração dos locais facilitasse o acesso aos prontuários para os pacientes e para os profissionais das outras clínicas; e ainda a falta de entendimento de alguns profissionais sobre o que seja a coordenação do cuidado e sua importância na APS.

Cecilio (2009), em um bonito texto, fala, a partir do conto “A morte de Ivan Ilich”, de Tolstói, das múltiplas dimensões do cuidado, que poderiam ser representadas em círculos concêntricos. A dimensão profissional, a mais interna e mais íntima, refere-se à esfera da responsabilidade profissional, onde se dá o encontro entre profissional e usuário. Três componentes seriam essenciais para essa dimensão: a postura ética do profissional, sua competência e domínio técnico-científico, e a capacidade para criar um bom vínculo (Cecilio, 2009). A segunda dimensão, intermediária, seria a dimensão organizacional. Ela deve tratar de questões relativas ao registro e uso da informação, à criação de espaços de conversação e troca (quando há encaminhamentos), ao estabelecimento de fluxos de pacientes, ao compartilhamento de responsabilidades; e se aproximaria da gestão dentro da equipe e de um estabelecimento de APS. É a dimensão que mais se aproxima de nosso estudo. E, por último, na dimensão sistêmica, um conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação tecnológica e fluxos, esses definidos por protocolos, controlados por centrais de vagas ou de marcação de consulta, a fim de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam, por meio da constituição e gestão de “redes de cuidado” institucionais, operadas por processos formais de referência e contrarreferência (Cecilio, 2009).

Embora a coordenação seja mais função do serviço que do paciente, os pacientes utilizam estratégias para facilitar a “ponte” entre o cuidado de uma e outra equipe, fazendo papel de coordenação. No grupo focal da equipe Caju, cuja citação vai a seguir, a enfermeira fala de um caso de uma criança em que o pai se organizou para trazer o prontuário.

teve uma menininha era atendida no Jorge Amado, e aí ela passou de lá de baixo aqui pra cima.[...] ela nasceu com sífilis congênita, e ela tem um problema respiratório que a gente ainda tá investigando pra ter certeza do que que é. Ele (o pai) trouxe tudo que ele tinha dela e a gente colocou no prontuário, e assim, não teve comunicação do Jorge Amado com a gente e nem da gente com o Jorge Amado. (Enf.ªequipe Caju)

Outras vezes, entretanto, como já exposto quando da discussão sobre os outros atributos, os moradores se mudam e omitem que se mudaram, o que gera bastante trabalho para o ACS, quando este fica responsável por fazer contato com seu paciente avisando sobre a marcação de uma consulta, ou de um exame. Os profissionais se utilizam de diferentes estratégias.

A seguir, um médico relata que tem acesso aos prontuários através de seus vínculos afetivos. Na ausência desses vínculos, não acessa os registros.

Quando eu tenho um paciente que era por exemplo da CF Josué de Castro, se eu sei que era alguma coisa importante, por contatos eu acabo pedindo uma cópia do prontuário. Algum amigo, mas não via formal. Aí nos passam, nos passam uma cópia do que já foi feito pra seguir o acompanhamento. Mas eu não tenho essa facilidade, por exemplo, na CF Ariano Suassuna, por não ser próximo de ninguém que trabalha lá. (Médico da equipe Graviola)

Outro caso foi descrito pela ACS da equipe Caju.

Ele teve febre reumática. Ficou tomando lá as injeções, e fez lá uns exames e a nossa ex-médica falou que não precisava mais, só que retornou esse problema e como ele teve acompanhamento aqui, enfim, eu falei com a doutora, porque ele mudou, foi morar lá longe, gente falou com a gerência, autorizou, a gente não tem essa autorização, imprimiu todo prontuário dele, fez o encaminhamento, e ele foi direcionado pra CF Jorge Amado, pra equipe dele, já com tudo na mão. Porque é um direito do paciente ter a cópia do seu prontuário, se assim necessário for. Se não, a gente orienta que o paciente vá procurar... a gente descobre qual é a Clínica dele, a equipe dele, e orienta que ele vá lá. Se ele tiver algum problema no manejo de entrar, pra entrar lá, ele retorna, e a gente pede por escrito, guia de referência e contrarreferência, pra equipe dele. (ACS da equipe Caju)

Aqui, um menino foi diagnosticado como tendo uma patologia que requer tratamento por longo período, mas um profissional suspendeu o tratamento. Tempos depois, reapareceram os sintomas, quando o menino já morava na área de outra clínica da Rocinha. A nova equipe solicitou o antigo prontuário, a família fez o pedido para gerência da antiga clínica, e assim tiveram acesso ao prontuário. Aqui, usuários e serviços estiveram mobilizados para o acesso ao prontuário, aproximando-se da coordenação do cuidado.

Para superar as limitações presentes nos sistemas de saúde fragmentados os quais contribuem para a inexistência da continuidade do cuidado, resultando em lacunas na atenção à saúde entre níveis assistenciais, as redes de atenção à saúde são

apresentadas como um novo arranjo organizacional no qual a Atenção Primária à Saúde é compreendida como a coordenadora do cuidado à saúde (OPAS, 1964; Dias, 2012). Mendes (2010) aponta as redes de atenção à saúde como uma possibilidade para o restabelecimento da coerência entre a situação de saúde – de tripla carga de doenças, com predominância das doenças crônicas somadas à persistência de enfermidades infecciosas e agravos externos – e o sistema de atenção à saúde. O autor propõe a constituição de redes de atenção à saúde, e define como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (Mendes, 2010)

Em nosso estudo, encontramos muita disparidade entre os diferentes profissionais: alguns que compreendem o papel da coordenação do cuidado da atenção primária e outros que não compreendem sequer a importância do registro clínico. Para além da dimensão profissional de Cecílio, apesar de dispor do prontuário eletrônico, ainda não há integração dos prontuários entre as diferentes clínicas da família dentro da Rocinha, tampouco entre os diferentes níveis de atenção à saúde. O sistema de regulação das consultas está sendo descentralizado, os médicos de família estão começando a atuar como reguladores dessas vagas, entretanto, ainda não há comunicação entre os profissionais. Em duas das três clínicas estudadas, existe o matriciamento em saúde mental (através do NASF). Parece, portanto, que para fazer realmente a coordenação do cuidado, não basta qualificar os profissionais, há de se qualificar a rede de saúde como um todo.

5.3.5Os atributos derivados

Os atributos derivados da Atenção Primária descritos por Starfield (2002), que são: orientação familiar, a competência cultural e a orientação comunitária, não apareceram nos resultados de nosso estudo, de forma que não serão aquidiscutidos.

6 Considerações finais

A (re)aproximação com a realidade da Rocinha foi uma experiência gratificante, repleta de encontros e de ressignificações. Olhar para o trabalho das equipes de Saúde da Família foi olhar para um lugar onde estive, mas usando outras lentes.

O interesse em pesquisar o tema nasceu ao perceber determinadas situações que se repetiam: pessoas ou famílias mudando de endereço, na maioria das vezes por necessidade, e não por desejo, e perdendo o vínculo do cuidado na atenção primária. A saída da área adscrita representando a ruptura do vínculo e do cuidado da pessoa com a equipe de saúde que acompanha. A partir de um caso específico, em que nossa equipe teve a “intuição” de fazer diferente, veio a vontade de mergulhar nessa questão, que aconteceu através desta pesquisa.

Antes de mergulhar no universo do trabalho das três equipes de saúde pesquisadas, investigamos a dinâmica de mobilidade da população no território. O que encontramos através de nossas observações, grupos focais e entrevistas, é que há intensa mobilidade populacional: entre nordeste e Rio de Janeiro; entre a Rocinha e outras favelas, principalmente Rio das Pedras; e, o foco principal de nosso estudo, dentro da Rocinha. O principal motivo “objetivo” da vinda aparece como sendo o trabalho, mas a influencia de ter familiares ou conhecidos como fator facilitador é fundamental.

O aumento do valor dos aluguéis aparece como determinante na mobilidade residencial dentro da Rocinha. A proximidade do asfalto e da parte baixa da Rocinha valorizam os imóveis. Além disso, a migração por questões de saúde aparecem cada vez mais: muitos chegam para acessar serviços, e muitos saem por seus corpos não mais suportarem as escadas e ladeiras. A intensa mobilidade populacional, ou residencial, interfere significativamente no cotidiano de trabalho das equipes de SF, mas em especial nas atribuições do ACS.

Nossa intensão ao descrever a dinâmica da população da Rocinha era investigar se a questão da mobilidade era realmente uma questão importante na vida cotidiana da comunidade, o que torna relevante para a APS. Constatamos que sim, e partir disso,

procuramos compreender como acontecia o cuidado em APS, a partir dos atributos de Starfield (2002) para essa população específica, que sai da área adscrita da equipe.

Nossa opção metodológica para escrita dos resultados foi por analisar “isoladamente” cada atributo da APS descrito por Starfield (2002), mesmo sabendo que são inter-relacionados e interdependentes. Foi, entretanto, bastante difícil a escrita neste formato, por alguns motivos. O primeiro é que não existem fronteiras tão claras e definidas entre os atributos. Não é à toa que entre os diferentes autores que buscamos na literatura, os conceitos muitas vezes se fundem, se misturam. Sendo assim, a cada caso que escolhíamos para discorrer sobre um atributo, ficava a sensação de que deveríamos seguir discutindo os atributos que apareciam naquele caso. O segundo, é que inicialmente havíamos optado por discutir todos os atributos, essenciais e derivados, em subcapítulos. Claro que sempre podemos encontrar elementos para discussão, entretanto, alguns, especialmente a orientação familiar, não estão tão relacionados ao fenômeno o qual estamos olhando, e ficamos com a sensação de um tanto forçado, motivo pelo qual deixamos de lado a discussão sobre os atributos derivados.

A adscrição territorial apareceu como barreira aos cuidados primários em saúde, especialmente nos atributos acesso e longitudinalidade. A fim de assegurar o direito de acessar o serviço e permanecer nele, alguns moradores pedem para serem atendidos ou acompanhados como um “favor” das equipes, enquanto outros muitos mentem seus endereços. Os profissionais, equipes e Clínicas encontram diferentes formas para lidar com a questão.

Em uma das clínicas, o tratamento para tuberculose foi a única situação em que a equipe relatou continuar o tratamento depois da saída do paciente, a partir de combinações alternativas de tomada supervisionada. Em outras duas Clínicas, existe a combinação da gestante continuar o pré-natal até o final, completar tratamentos de períodos limitados, e alguns casos pontuais de pacientes acamados ou com problemas graves, fortemente vinculados à equipe, que a equipe acordou de continuar acompanhando.

Na equipe que se negou a continuar acompanhando gestantes e outros casos que foram solicitados, o argumento da impossibilidade era a quantidade de atribuições

dos ACS, como o número de visitas mensais. Entretanto, esse fator não foi considerado nas outras equipes, uma vez que encontraram formas alternativas.

Em relação à coordenação do cuidado, não conseguimos analisar a APS como coordenadora da rede de atenção à saúde. Apesar da descentralização do Sisreg no município avançar nesse sentido, deixando nas mãos dos médicos de família a regulação de consultas ambulatoriais e exames, o sistema de informações locais, que são os prontuários eletrônicos, ainda precisa avançar muito. O prontuário eletrônico é o mesmo nas três Clínicas da Família (além do CAPS e UPA), entretanto, não é integrado nem mesmo entre as diferentes Clínicas. A fragmentação das informações prejudica a continuidade do cuidado das pessoas que migram de uma Clínica a outra, e a partir do material coletado, os esforços do acesso às informações em saúde da pessoa que se mudou vem sendo pessoal (morador e profissional), não havendo mecanismo gerencial ou administrativo facilitador.

Apesar de não terem sido analisados em nosso estudo, os atributos derivados, especialmente a competência cultural e a orientação comunitária, estes deveriam ser melhor utilizados a fim de que os serviços se organizassem para pautar seu trabalho também a partir das necessidades dessa população que migra, que não é exceção, e na maior parte das vezes, migra pois necessita: necessita pagar aluguel mais barato, necessita morar sem tantas escadas, necessita estar perto da mãe no pós-parto... aadscrição territorial funcionando como barreira nos remete à lei dos cuidados inversos, que mostra que quem menos tem, ou quem mais precisa, é quem menos recebe em termos de atenção à saúde.

Nosso estudo aponta para a necessidade de se flexibilizar a rigidez das fronteiras do território da Saúde da Família, para que seja realmente orientado nas comunidades e nas necessidades em saúde das pessoas.

7 Referências

- ADEY, P. *Aerial Life: Spaces, Mobilities, Affects*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
- ARAGÃO, L. Rocinha: síntese da mobilidade espacial na metrópole. In: Ferreira, Ademir Pacelli (org.). *A experiência de migrante: entre deslocamentos e reconstruções*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. The narrow entrance door of Brazil's National HealthSystem (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2010.
- BARBOSA, F. C. Relações comunitárias em contexto de migração interna; pertencimento e associação de comuns entre migrantes nordestinos no Rio de Janeiro. In: Legados e alteridades culturais: migrantes nordestinos no Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2009.
- BARCELLOS, C. *Problemas emergentes da Saúde Coletiva e a revalorização do espaço geográfico: território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BASTOS, G.; BASTOS, J.; SATOS, I. Abordagem comunitária: diagnóstico de Saúde da Comunidade. In: Gusso, Gustavo; Lopes, Jose Mauro Ceratti (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988; Emendas nº 1/1992 até 68/2011 e 1 a 6/1994; Decreto legislativo nº 186/2008. 35ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012 (a).
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://prattein.com.br/home/images/stories/Saude/Lei-org-saude.pdf>, acessada em 18 abr. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011 (a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCA-Tool*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A – Normas e Manuais Técnicos. ISBN 978-85-334-1696-3).

LEE, E. S. Uma teoria sobre migração. In: Moura, H. A. de (coord.) *Migração interna: textos selecionados*. Fortaleza, 1980.

BRITO, F. *As migrações internas no Brasil: um ensaio sobre os desafios teóricos recentes*. Belo Horizonte: UFMG, Cedeplar, 2009.

CASANOVA, F.; OSORIO, L.C.; DIAS, L.C. Abordagem comunitária: grupos na Atenção Primária à Saúde. In: Gusso, Gustavo; Lopes, Jose Mauro Ceratti (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CAVALLIERI, F.; LOPES, G. Índice de Desenvolvimento Social – IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro. IPP, *Coleção Estudos Cariocas*, ISSN 1984-7203, nº 20080401, abr. 2008. Disponível em http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf, acessado em 13 mar. 2014.

CECILIO, L.C.O. *The death of Ivan Ilyich, by Leo Tolstoy*: points to be considered regarding the multiple dimensions of healthcare management. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, v. 13, supl. 1, p. 545-55, 2009.

“COM INVESTIMENTOS nas favelas, socióloga acredita que a classe média vai subir o morro”. *Instituto CPFL Cultura*, seção Invenção do Contemporâneo (online), 10 nov. 2010. Disponível em <http://www.cpfcultura.com.br/wp/2010/11/10/com-investimentos-nas-favelas-sociologa-acredita-que-a-classe-media-vai-subir-o-morro>, acessado em 26 abr. 2014.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.417-1.423, set.-out. Rio de Janeiro, 2004.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, n. 24, supl. 1, S7-S27. Rio de Janeiro, 2008.

CUNHA, E. M.; 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*, n. 16, supl. 1, p. 1.029-1.042, 2011.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. (orgs.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2011.

DIAS, M. P. Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2012.

DINIZ FILHO, L. L. *A geografia crítica brasileira: reflexões sobre um debate recente* – Geografia. Curitiba, 2003.

DUNCAN, B. B. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

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

FERNANDES, C. L. C.; FALCETO, O. G.; WARTCHOW, E. S. Abordagem Familiar. In: Bruce B. Duncan, et al (orgs.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FERREIRA, V.A. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 2, p. 483-490, 2006.

FERREIRA, V.A. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr.-jun. Rio de Janeiro, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy, E. E.; Magalhães Júnior, H. M.; Rimoli, J.; Franco, T. B.; Bueno, W. S. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3ª ed., p.53-124. São Paulo: Hucitec, 2006.

GERVAS, J.; FERNANDEZ, M.P. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 9, n. 3. São Paulo, set. 2006.

GIBBS, G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 951-963, mai. Rio de Janeiro, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde. In: *Políticas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. de. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*, v. 27, n. 65, p.278-289, set.-dez. Rio de Janeiro, 2003.

GONÇALVES, R. S.O mercado de aluguel nas favelas cariocas e sua regularização numa perspectiva histórica. *GEOgraphia*, v. 13, n. 26. 2011.

HAESBAERT, R. *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

HALL, S. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2011.

HARZHEIM, E. (resp.); LIMA, K. M.; HAUSER, L. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Epidemiologia*, fev. Porto Alegre: Pós-graduação UFRGS, 2013. Disponível em <http://www.sbmfc.org.br/media/file/Pesquisa-Avaliativa-sobre-aspectos-de-implantacao-estrutura-processo-e-resultado-das-clinicas-de-familia-na-cidade-do-Rio-de-Janeiro.pdf>, acessado em 28 abr. 2014.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; ÁLVAREZ-DARDET, C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. *Boletim da Saúde*, v. 18, n. 1, jan.-jun. Porto Alegre, 2004.

HELMAN, C. *Cultura, saúde e doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

KNAUTH, D. R.; OLIVEIRA, F. A.; CASTRO, R. C. L. de. Antropologia e Atenção Primária à Saúde. In: Bruce B. Duncan, et al (orgs.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LEITÃO, G. Transformações na estrutura socioespacial das favelas cariocas: a Rocinha como um exemplo. *Cadernos Metrópole*, n. 18, p. 135-155. Rio de Janeiro, 2007.

LEITÃO, G. Dos barracos de madeira aos prédios de quitinetes: 50 anos de transformações da moradia na Favela da Rocinha. *Revista Memo UFF*, n. 6, dez. 2009. Disponível em <http://www.revistamemo.com.br/arquitetura/dos-barracos-de-madeira-aos-predios-de-quitinetes>, acessado em 29 abr. 2014.

MAHMUD, S.J.; MANO, M.A.; LOPES, J.M.C. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: Gusso, Gustavo; Lopes, Jose Mauro Ceratti (orgs.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática: ou sobre a prática da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1.411-1.416, set.-out. Rio de Janeiro, 2004.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. 2001. Disponível em http://www.uefs.br/pepscentroleste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf, acessado em 28 abr. 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, v.15, n.5, p. 2.297-2.305. ISSN 1413-8123. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>, acessado em 28 abr. 2014.

McWHINNEY; FREEMAN. *II Manual de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONKEN, M. et alii. *O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NUNES, C. A. *A integralidade da atenção e o Programa de Saúde da Família: estudo de caso em um município no interior da Bahia*. Salvador: C.A.Nunes, 2011.

OIM – International Health Department. *Migration: a Social Determinant of the Health of Migrants*. In: Davies, A.; Basten, A. (orgs.). Genebra, 2006.

LEE, 1980.

OLIVEIRA, L.A.; OLIVEIRA, A.T.(orgs.). *Reflexões sobre os deslocamentos populacionais no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/reflexoes_deslocamentos/deslocamentos.pdf, acessado em 29 abr. 2014.

OLIVEIRA, K.F.; JANNUZZI, P. de M. *Motivos para migração no Brasil e retorno ao Nordeste: padrões etários, por sexo e origem-destino*. *São Paulo em Perspectiva*, v. 19, n. 4, p. 134-143, out.-dez. 2005.

OPAS. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña, 1920; por el Consejo Consultivo de los Servicios Médicos y Afines*. 1964.

OST, S. M. *O mercado sobe a favela: um estudo sobre o Santa Marta pós-UPP*. Dissertação (Mestrado) – Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2012.

PERLMAN, J. *O mito da marginalidade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS Abrasco, 2001.

PREFEITURA do Rio de Janeiro. IPP. XXVII Região Administrativa – Rocinha: Temas. Disponível em http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/mostra_temas_ra.php?ra=Rocinha&area=27, acessado em 26 abr. 2014 (a).

PREFEITURA do Rio de Janeiro. UPP Rocinha. *Dados sobre a implantação da UPP Rocinha*. Disponível em <http://www.upprj.com/index.php/informacao/informacao-selecionado/ficha-tecnica-upp-rocinha/Rocinha>, acessado em 26 abr. 2014 (b).

- PRETECEILLE, E.;VALLADARES, L. A desigualdade entre os pobres: favela, favelas. In: Henriques, R. (org.). *Desigualdade e pobreza no Brasil*, p. 459-485. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999.
- PUSTAI, O. J.; FALK, J. W. O sistema de Saúde no Brasil. In: Bruce B. Duncan, et al (orgs.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- RATZEL, F. As leis do crescimento espacial dos Estados [1896]. In: Moraes, A. C. R. (org). *Ratzel*, p. 175-192. São Paulo: Ática, 1990.
- SANTOS,M. *A natureza do espaço*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.
- SANTOS, M.A.; BARBIERI, A. *Migração: uma revisão sobre algumas das principais teorias*. Belo Horizonte: UFMG,Cedeplar, 2010.
- SANTOS, M. *Manual de geografia urbana*. 3ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.
- SANTOS, M.; ELIAS, D. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012.
- “SAÚDE PARA TODOS no ano 2000”.Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. 12 set. 1978. Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. Disponível em www.dgdc.min-edu.pt/educacaosaude/data/.../1_alma_ata_nesase.pdf, acessado em 26 abr. 2014.
- SILVA, E.T.; RODRIGUES, J.; RIBEIRO, L.C. *Mobilidade residencial e reconfiguração territorial nas áreas metropolitanas brasileiras*. Caxambu: ANEP, 2010.
- SOUZA, M. Território da divergência (e da confusão): em torno das imprecisas fronteiras de um conceito fundamental. In: Saquet, M.;Sposito, E. (orgs.). *Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos*. São Paulo e Presidente Prudente: Expressão Popular e Programa de Pós-graduação em Geografia da Unesp, 2008.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
- STEWART, Moira. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*.Abingdon (UK): Radcliffe Medical Press Ltd., 2003.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.Acesso e utilização de serviços de saúde.*Cad. Saúde Pública*, v. 20, supl. 2, p. S190-S198. Rio de Janeiro, 2004.
- VALLADARES, L. do P. A gênese da favela carioca: do campo a cidade, da rejeição ao controle. In: *Invenção da favela: do mito de origem à favela.com*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
- VICTORA, C. A “mãe do corpo” dentro do corpo da mãe: um estudo sobre relações entre espaço social e espaço corporal em grupos populares de Porto Alegre. Porto Alegre: Nupacs, PPGAS, iFCH, UFRGS, 1999.(Série Texto de Divulgação)

VICTORA, C. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

8 Anexos

8.1 Roteiro para grupos focais

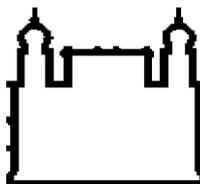
1. Apresentação da pesquisa
2. Apresentação dos participantes
 - a. Local de nascimento
 - b. Trajetória de vida
 - c. Tempo de trabalho na Atenção Primária ou Saúde da Família
3. Como foram criadas as áreas de abrangência e as microáreas para a Saúde da Família no seu local de trabalho?
4. Sobre a dinâmica das pessoas na Rocinha
 - a. Vêm muitas pessoas de outros lugares para a Rocinha? De onde vêm? Por que vêm?
 - b. É comum as pessoas mudarem de endereço na Rocinha? Como é isso?
5. Sobre o trabalho das equipes de Saúde da Família na Rocinha
 - a. Quem são os “fora-de-área”?
 - b. É comum de uma pessoa “fora-de-área” vir tentar atendimento com você ou com sua equipe?
 - c. E como você faz?
 - d. E quando o morador que acompanhava com a equipe se muda, como você faz?
 - e. Tem diferença quando se muda dentro da Rocinha ou para fora da Rocinha?
 - f. Você pode descrever situações que teve dificuldade em seu trabalho por causa dos limites das áreas ou das microáreas?
6. Há alguma outra questão que vocês queiram falar?

8.2 Roteiro para entrevista

Pseudônimo:

Idade:

1. Onde o(a) senhor(a) nasceu?
2. Conte sobre sua chegada ao Rio de Janeiro (caso não seja nascido aqui).
3. E a chegada à Rocinha?
4. Na Rocinha, o(a) senhor(a) sempre viveu no mesmo lugar? Quantas vezes já se mudou dentro da Rocinha? Conte sobre as mudanças, e os motivos delas.
5. O senhor já se mudou alguma vez desde que inaugurou a Saúde da Família na Rocinha? De onde para onde?
6. O(a) senhor(a) tem algum problema de saúde ou situação que precise de cuidado ou acompanhamento?
7. Conte sobre como ficou seu acompanhamento em saúde quando se mudou.
8. O(a) senhor(a) já teve alguma dificuldade para ser atendido por não morar “na área” da equipe ou da clínica? Conte como foi.
9. O(a) senhor(a) pode desenhar a trajetória dessas mudanças (em folha branca em anexo)?
10. O(a) senhor(a) deseja falar mais alguma coisa?



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



[8.3] TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Atenção Primária em Saúde e Mobilidade populacional interna na favela da Rocinha, Rio de Janeiro”, desenvolvida por Mariana Brandão Streit em seu Mestrado. O objetivo desse estudo é identificar como as equipes de saúde da família se organizam para atender às pessoas que mudam muito de domicílio dentro da Rocinha.

Você está sendo convidado a participar, pois acreditamos que o olhar do Agente Comunitário de Saúde é fundamental tanto para entender a dinâmica de moradia das pessoas na comunidade como para ver como as equipes se organizam frente a essa situação. Sua participação é, portanto, muito importante para este estudo.

Através deste Termo são garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos da Pesquisa; (2) garantir sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, data de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar a sua identidade pessoal; (3) poder se negar a responder qualquer pergunta ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa; (6) escutar a entrevista que será gravada e desautorizar o seu uso após a escuta.

Os riscos para os participantes são mínimos, já que serão seguidos todos os preceitos éticos e, em especial, o cuidado com o sigilo; uma vez que são poucos os participantes. Você participará de grupo focal que terá duração de aproximadamente uma hora e meia, e somente será gravado se houver autorização.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, mas somente terão acesso a pesquisadora e seus orientadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme a Resolução 196/96. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Os resultados podem ser disponibilizados a você, caso queira.

Assinatura do pesquisador

Mariana Brandão Streit
Tel: 21-93126001
e-mail: streit.mariana@gmail.com

Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314 – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ
CEP: 21041-210
Telefone e fax: 21- 25982863, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
Telefone: 39711463, e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

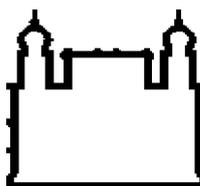
“Declaro estar ciente das declarações nesse “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e de minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimento sobre essa pesquisa: recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de qualquer informação que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste Termo permanecerá arquivada com o Pesquisador responsável da Escola Nacional de Saúde Pública e outra será entregue ao entrevistado.” Este termo contém duas vias, sendo a primeira rubricada.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2013.

Participante

Nome: _____

Assinatura: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



[8.4] TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Atenção Primária em Saúde e Mobilidade populacional interna na favela da Rocinha, Rio de Janeiro”, desenvolvida por Mariana Brandão Streit no Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde. O objetivo central do estudo é identificar como as equipes de saúde da família se organizam para atender as pessoas que mudam muito de domicílio dentro da Rocinha. Convidamos você, pois acreditamos que o olhar do profissional de saúde seja fundamental para este estudo.

Por intermédio deste Termo são garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos da Pesquisa; (2) garantir sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, data de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar a sua identidade pessoal; (3) poder se negar a responder a qualquer pergunta ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa; (6) escutar a entrevista que será gravada e desautorizar o seu uso após a escuta.

A sua participação permitirá o maior conhecimento sobre a realidade do trabalho das equipes diante da mobilidade populacional interna na Rocinha. Os riscos para os participantes são mínimos, já que serão seguidos todos os preceitos éticos, em especial o cuidado com o sigilo uma vez que são poucos os participantes. Sua participação consistirá em participar de grupo focal que terá duração de aproximadamente uma hora, não ultrapassando duas horas. O grupo focal somente será gravado se houver autorização do participante.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, mas somente terão acesso às mesmas e as gravações a pesquisadora e seus orientadores. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Os resultados, caso queira, serão a você disponibilizados.

Dados da pesquisadora

Assinatura _____

Mariana Brandão Streit

Tel: 21-93126001,

e-mail: streit.mariana@gmail.com

Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314 – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ

Telefone e fax: 21- 25982863, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro

Telefone: 39711463, e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

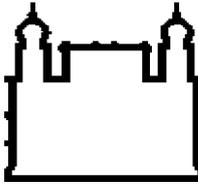
“Declaro estar ciente das declarações nesse “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e de minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimento sobre esta Pesquisa: recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de qualquer informação que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia desse Termo permanecerá arquivada com o Pesquisador responsável da Escola Nacional de Saúde Pública e outra será entregue ao entrevistado.” Este termo contém duas vias, sendo a primeira rubricada.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2013.

Participante:

Nome: _____

Assinatura: _____



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



[8.5] TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Atenção Primária em Saúde e Mobilidade populacional interna na favela da Rocinha, Rio de Janeiro”, desenvolvida por Mariana Brandão Streit no Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde. O objetivo central do estudo é identificar como as equipes de saúde da família se organizam para o cuidado dos moradores que mudam muito de domicílio dentro da Rocinha. Convidamos você, pois o olhar do morador que é atendido pela Saúde da Família é muito importante para este estudo.

Através deste Termo são garantidos os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer momento, maiores esclarecimentos da Pesquisa; (2) garantir sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, data de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar a sua identidade pessoal; (3) poder se negar a responder a qualquer pergunta ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social; (4) solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento; (5) desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa; (6) escutar a entrevista que será gravada e desautorizar o seu uso após a escuta.

Os riscos são mínimos, já que serão seguidos todos os preceitos éticos. A sua participação consistirá em participar de entrevista que terá duração de aproximadamente uma hora, e somente será gravada se houver sua autorização.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, mas somente a pesquisadora e seus orientadores terão acesso às entrevistas e às gravações. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme a Resolução 196/96. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Os resultados caso queira, serão disponibilizados a você.

Dados da pesquisadora

Assinatura _____

Mariana Brandão Streit

Tel: 21-93126001,

e-mail: streit.mariana@gmail.com

Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 314 – Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ

Telefone e fax: 21- 25982863, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro

Telefone: 39711463, e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

“Declaro estar ciente das declarações neste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e de minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimento sobre essa Pesquisa: recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de qualquer informação que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia desse Termo permanecerá arquivada com o Pesquisador responsável da Escola Nacional de Saúde Pública e outra será entregue ao entrevistado.” Este termo contém duas vias, sendo a primeira rubricada.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2013.

Participante

Nome: _____

Assinatura: _____

Testemunha: _____