

**INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM
SAÚDE**

Comunicação e Cuidado na APS-ESF
Evidências, reflexões, desafios

Teresa Cristina de Carvalho Lima Neves

Rio de Janeiro

2021

TERESA CRISTINA DE CARVALHO LIMA NEVES

Comunicação e Cuidado na APS-ESF
Evidências, reflexões, desafios

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof. Dra. Inesita Soares de Araujo

Rio de Janeiro

2021

TERESA CRISTINA DE CARVALHO LIMA NEVES

Comunicação e cuidado na APS-ESF
Evidências, reflexões, desafios

Aprovada em _____ de _____ de _____.

Banca examinadora:

Inesita Soares de Araujo

Sonia Acioli de Oliveira

Regina Ferro do Lago

Janine Miranda Cardoso

Kátia Lerner

AGRADECIMENTOS

A Prof. Dra. Inesita Soares de Araujo, pela orientação competente, firme, objetiva, paciente e amorosa, que sem ela não seria possível a conclusão dessa Tese.

Aos parceiros do Departamento de Assistência Farmacêutica da Ensp/Fiocruz, em especial o Dr. Jorge Bermudez, pelo apoio à realização dessa Tese.

À Coordenação, professores e funcionários da Pós-Graduação, pelo apoio e colaboração.

Ao grande amigo Marcelo Câmara, jornalista e consultor cultural, pelo estímulo, leitura crítica, ideias criativas.

Aos colegas de Mestrado e Doutorado pela convivência deliciosa ao longo de todo esse período

Aos amigos que estiveram sempre por perto me incentivando, me apoiando, me acolhendo intelectualmente e emocionalmente.

À Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp, que inspirou essa Tese.

À memória dos meus pais, Carlos Walter Neves e Lygia Neves, que deixaram o exemplo de bondade, humanidade, sensibilidade, honestidade, caráter e presença marcante nos seus gestos de amor.

Aos meus queridos e maravilhosos filhos, Gabriel e Luiza, e netos Maya e Noah, pelos gestos, olhares e atitudes de apoio, alegria, acolhimento, paciência, força, solidariedade e, principalmente, muito amor.

“Entre o centro do Rio de Janeiro e a periferia existem mais vans do que supõe a nossa secretaria de transportes.”

José Coutinho

RESUMO

Esta pesquisa de doutoramento teve como objetivo focar a Comunicação na Atenção Primária à Saúde - Estratégia de Saúde da Família. A investigação privilegiou a análise dos Diagnósticos Situacionais Participativos - DSP, que foram elaborados por profissionais de saúde de Clínicas da Família, alunos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e População, no ano de 2019, no município do Rio de Janeiro. O DSP é uma ferramenta que contribui na percepção e compreensão de problemas e necessidades de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, informação e comunicação, bem como permite conhecer como é e como está a organização dos serviços de saúde. É, portanto, um instrumento fundamental de gestão, uma vez que propicia a interlocução de três atores sociais com lugares de fala distintos, que representam a academia, o serviço e a população. Esta propriedade é favorável para se obter diferentes pontos de vista sobre as questões concernentes ao processo de sua construção. Além de nos permitir traçar um panorama histórico e conceitual da Atenção Primária e seus atributos essenciais na produção do cuidado multiprofissional na orientação individual, familiar e comunitário, o que nos interessou nesse processo foi analisar de que maneira a comunicação é percebida e relacionada às questões apontadas no itinerário do desenvolvimento da produção e conclusão dos DSP. Para tanto, trabalhamos com a perspectiva da Análise de Discursos, recorrendo ao sentido das palavras plenas, palavras investidas de sentidos historicamente, ou teoricamente ou pela prática social. Identificamos palavras que, no âmbito da saúde coletiva, foram consideradas investidas do sentido de comunicação: Comunicação, a palavra mãe de sentido, Participação, Promoção da Saúde, Rede e Território. O corpus textual utilizado para a análise foi formado por três Diagnósticos Situacionais Participativos, aplicados em diferentes lugares. Os resultados apontaram a potência do instrumento para se verificar o lugar e as questões de comunicação no processo de construção do DSP.

Palavras-chave: Comunicação e Saúde, Atenção Primária, Estratégia de Saúde da Família, Residência Multiprofissional.

ABSTRACT

This doctorate research focused on Communication at the Primary Health Care/Family Health Strategy level. The investigation privileged analysis of Participative Situation Diagnoses (PSD), which were developed by health professionals in Family Clinics and by residents of the Multiprofessional Family Health and Population Residency Program during two periods, 2019 in the municipality of Rio de Janeiro. The PSD is a tool that enhances perception and understanding of health, learning, sanitation, security, transportation, housing, information, and communication problems and needs, and offers inside knowledge on the organization of health services. As such, it is a critical managerial instrument, permitting communication between three social actors with distinct positions and discourses: academia, health services and the population. This attribute favors different outlooks on its development process. In addition to bringing forth the possibility of drafting a historical and conceptual outline of Primary Health Care and its essential characteristics in producing multiprofessional care for individuals, families and communities, this process is of interest because of the way in which communication is perceived and related to queries that surface in the development itineraries of PSDs. The perspective of Social Discourse was employed, resorting to elements of discourse analysis for in-depth examination of the *corpus*. Results indicate insipient, inconsistent, and faded communication in the PSD resorting to the meaning of full words, words invested with meanings historically, either theoretically or by social practice. We identified words that in the scope of collective health, were considered invested with the meaning of communication: Communication, the word mother of meaning, Participation, Health Promotion, Network and Territory. The textual corpus used for the analysis was the Participatory Situational Diagnosis elaborated by the students of the Multiprofessional Family Health Residency, health professionals and population. The results indicated the power of the Instrument to verify the place and communication issues in the DSP construction process.

Key words: Health Communication, Primary Health Care, Family Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1. Representação Gráfica do Modelo Informacional da Comunicaçãopág. 25
- Figura 2. Representação Gráfica do Projeto Político Pedagógico da RMSF/ENSP.....pág. 68
- Figura 3. Rede de sentidos atribuídos a Comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos/Fase 2.....pág. 94
- Figura 4. Representação gráfica da Rede de Sentidos atribuídos a Participação com relação a comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos/Fase 2.....pág. 98
- Figura 5. Representação gráfica da Rede de Sentidos atribuídos a Promoção da Saúde com relação à comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos/Fase 2.....pág.101
- Figura 6. Representação gráfica da Rede de Sentidos atribuídos a Rede com relação à comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos/Fase 2.....pág.103
- Figura 7. Representação gráfica da Rede de Sentidos atribuídos ao Território com relação à comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos/Fase 2.....pág.105
- Figura 8. Representação gráfica da Confluência da Rede de Sentidos atribuídos a Palavras Plenas em relação à comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos. /Fase 2.....pág.107

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Periódicos com publicações de comunicação pág. 33
- Tabela 2. Análise Fase 1- Sentidos das Palavras Comunicação, Participação, Promoção da Saúde, Rede e Território no Diagnóstico Situacional Participativo da Clínica da Família Anthídio Dias. pág. 130
- Tabela 3. Análise Fase 1- Tabela dos sentidos das Palavras Plenas Comunicação, Participação, Promoção da Saúde, Rede e Território no Diagnóstico Situacional Participativo da Clínica de Família Amélia dos Santos Ferreira..... pág.146
- Tabela 4. Análise Fase 1- Sentidos das Palavras Plenas: Comunicação, Participação, Promoção da Saúde, Rede e Território no Diagnóstico Situacional Participativo do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria..... pág.165

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
CAPS	Centro Atenção Psicossocial
CENDES	Centro de Estudos de Desenvolvimento
CNRNS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde
DENERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DSP	Diagnóstico Situacional Participativo
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ECO92	Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente
ESFF	Equipes de Saúde da Família Fluviais
ESFR	Equipes de Saúde da Família Ribeirinha
FNA	Fundação Nacional de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
H T V	Human Immunodeficiency Vírus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OPAS/BRASIL	Organização Panamericana do Brasil
PACS	Programa de Agentes Comunitário
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMM	Programas Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Primária
PPP	Projeto Político Pedagógico

PROFAE	Profissionalização dos Trabalhos da Área de Enfermagem
PROmed	Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ- SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação Profissional de Saúde
PSE	Programa Saúde Escola
PST	Projeto de Saúde no Território
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SGTES	Secretaria do Trabalho e Educação e Saúde
SUCAM	Superintendência Nacional de Campanhas
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUAS	Sistema Técnico de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UHC	Universal
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. COMUNICAÇÃO: FUNDAMENTOS E CENÁRIOS	21
2.1 ENCONTROS DOS CAMPOS DA COMUNICAÇÃO E DA SAÚDE	22
2.2 COMUNICAÇÃO E O SUS	31
2.3 COMUNICAÇÃO, AÇÕES DE SAÚDE E TERRITÓRIO DA ESF	37
3. ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE: FUNDAMENTOS E CENÁRIO.....	41
3.1 FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEU DESENVOLVIMENTO NO BRASIL.....	41
3.2 O PAPEL FORMADOR DA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE.....	58
3.2.1 As Residências em Saúde na ESF	64
3.2.2 A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz	66
4. METODOLOGIA.....	71
4.1 CORPUS TEXTUAL	78
4.2.1 DPS da Clínica da Família Anthídio Dias	79
4.2.2 DSP da Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira.....	80
4.2.3 DSP do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria	81
5. ANÁLISE	83
5.1 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS PARTICIPATIVOS.....	83
5.2. ANÁLISE DA PRIMEIRA FASE: DESCRIÇÃO.....	85
5.2.1. Comunicação	85
5.2.2 Participação	88
5.2.3 Promoção da Saúde	89

5.2.4 Rede.....	90
5.2.5 Território.....	91
5.3 ANÁLISE SEGUNDA FASE: SISTEMATIZAÇÃO	94
5.3.1 Comunicação	94
5.3.2 Participação	98
5.3.3 Promoção da Saúde	101
5.3.4 Rede.....	103
5.3.5 Território.....	105
5.4 TERCEIRA FASE: ANÁLISE.....	108
6. CONCLUSÃO.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
APÊNDICE	129
ANEXO A.....	182
ANEXO B.....	263
ANEXO C.....	367
ANEXO D.....	462

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa de doutoramento surge como consequência da minha ligação com a Comunicação e Saúde desde o mestrado na Escola de Comunicação da UFRJ em 2003, cujo tema foi a epidemia de dengue na mídia impressa, abrindo caminho e ampliando meu interesse pela Comunicação nas minhas atividades docentes e de pesquisa,

Em 2005, quando se dá a inauguração da minha inserção como docente e tutora no curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz), fui instigada a investigar a Comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS) – mais especificamente, na Estratégia da Saúde da Família (ESF) – do SUS. Através desse caminho, passei a compreender quão complexa é a dinâmica comunicacional nas ações de Cuidado das equipes de Saúde nos territórios de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. Mediações complexas entre a realidade do território, seus contextos e circunstâncias no percurso cotidiano dos moradores, sobre o qual a unidade de Saúde é responsável pela gestão das ações de Saúde direcionadas aos usuários dessa coletividade.

Minha experiência de quatorze anos atuando como docente e tutora nessa Residência me possibilita produzir reflexões relativas às questões apontadas acima. Como projeto de ensino, a Residência permite uma interação intensa com o Sistema de Saúde, e seu projeto pedagógico lança mão da problematização como método orientador. Dessa forma, o aluno deve ter a capacidade e sensibilidade de identificar os problemas e, em equipe, buscar soluções adequadas e criativas à realidade onde elas estão sendo empregadas. A riqueza dessa vivência ajuda a perceber melhor o exercício da Multiprofissionalidade nas ações de Cuidado, na confluência dos territórios do trabalho e nos territórios da vida.

Eu, como orientadora e facilitadora desse processo de aprendizagem, tenho a responsabilidade perante esses alunos de provocar inquietações e reflexão crítica do processo teórico-prático que o projeto político pedagógico e sua dinâmica de ensino-aprendizagem lhes proporcionam. Mas, também, apontar brechas e lacunas de conteúdos que emergem nas discussões da orientação, e nos relatos dos diários reflexivos produzidos pelos alunos durante todo o processo de formação. A Comunicação se apresentou, nesses dois universos, como tema relevante que necessitava de aprofundamento.

A inserção da RMPSF na ESF pressupõe, embora não de maneira homogênea, a criação de vínculo entre os profissionais de Saúde e a população. Também, demanda estabelecer uma relação dialógica problematizadora e da educação permanente no trabalho,

que reverbera no processo de trabalho das equipes nas unidades de Saúde da família. Isso pode ocorrer de algumas formas como questionar a gestão, rever o planejamento das ações, o controle e regulação de metas normatizadoras que, para muitos residentes, obstrui a autonomia e inventividade do trabalhador. Prevê, também, o entendimento dos fluxos das informações e processos comunicacionais que dinamizam o funcionamento da unidade de Saúde. Da mesma forma, a atenção territorializada traz outros desafios, como o de enfrentar situações cotidianas inesperadas, lidar com uma diversidade de atores e interlocutores que se movimentam por uma diversidade de itinerários, produzindo discursos e estes, atravessados por outros, construindo redes e lógicas assistenciais plurais. A circulação das equipes pelo território possibilita a ampliação do olhar sobre a realidade e, no encontro com os moradores, ouvir e sentir as agruras do cotidiano das suas vidas. Nessa confluência de interesses, o saber das profissões não deve ser o único a reger as diretrizes das ações de Saúde, mas também as inteligências locais as quais, somadas ao saber das profissões, possam construir novos saberes e fazeres, e superar as barreiras da arrogância do “saber científico”.

Para atender e aprofundar todas essas questões, o projeto pedagógico da RMSF/ENSP é dividido em cinco Unidades de Aprendizagem (UA): UAI- Conversas sobre a Estratégia Saúde da Família; UAII- Identificação de potencialidades e necessidades dos territórios; UAIII- Análise de dados; UAIV- Planejamento e Gestão do Capítulo na Atenção Básica. Seus conteúdos são estabelecidos de forma sequencial e complementar ao longo de dois anos. As UA visam desenvolver três áreas de competências: Organização do processo de trabalho; Cuidado à Saúde individual coletivo e familiar; Formação Sociopolítica, Educação e Saúde. Em nenhuma delas a Comunicação está contemplada como tema de área. Todas as UA possuem um produto resultante do aprendizado do seu conteúdo. O Diagnóstico Situacional Participativo é o produto da Unidade de Aprendizagem UAII. Tem como objetivo fazer a ambientação pedagógica nos cenários de prática, discutindo a APS/ESF e sua relação com as demais políticas, conceituar a família na sociedade contemporânea, identificar os fatores determinantes do processo saúde-doença e atuação das equipes de Saúde e compreender os fatores determinantes do processo saúde no âmbito da Promoção da Saúde. E, ainda, identificar as necessidades relacionadas à saúde e ao ambiente, considerando a desigualdade social, analisar os recursos disponíveis para Comunicação e Saúde em nível local, a organização do território e a Atenção à Saúde na ESF. Mesmo que possamos dizer que a comunicação perpassa, transversalmente, todas essas questões, ela não é trazida como objetivo central da UA.

O DSP é identificado como um importante instrumento de gestão e planejamento. Sua construção se dá através da interlocução de atores que representam o ensino, o serviço e a população, ou seja, Residentes, Profissionais de Saúde e usuários, respectivamente. Na convergência desses distintos olhares, e da troca de saberes acadêmicos e populares, busca-se colher a diversidade de pontos de vista sobre a realidade territorial, e apontar as necessidades locais e as ações de Cuidado suscitadas por esses atores. Os resultados do DSP alimentarão a gestão e o direcionamento das ações de Saúde no território, como, também, as reflexões das propostas das UA que seguem de modo sequencial e complementar. Da mesma forma, o DSP pode inspirar os temas do Trabalho de Conclusão da Residência-TCR.

Na busca de pesquisar a Comunicação na ESF, o DSP se mostrou um instrumento poderoso de investigação sobre o tema, já que ele reflete de forma multilateral questões relacionadas aos determinantes sociais da Saúde e ao Cuidado Integral das Ações de Saúde territorializadas e, para o nosso entendimento, a Comunicação é parte constitutiva desses processos.

A partir dessas reflexões surgiu a pergunta de pesquisa:

A abordagem da Comunicação na construção do Diagnóstico Situacional Participativo no processo formativo da RMSF/ESNP, através da interlocução dos atores envolvidos nesse processo (residentes, profissionais de Saúde e usuários), pode tornar mais consistente a apreciação das ações do Cuidado multiprofissional na ESF?

Objetivo Geral

Circunscrever e qualificar o lugar da Comunicação no processo formativo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP-Fiocruz, através da análise do DSP produzido pela interlocução dos profissionais de Saúde, alunos e usuários em clínicas de Saúde do município do Rio de Janeiro, bem como seus reflexos no direcionamento das ações de Cuidado Multiprofissional na ESF.

Objetivos Específicos

- Descrever como a Comunicação é demarcada na construção do Diagnóstico Situacional Participativo, tendo como perspectiva o Cuidado Integral na Multiprofissionalidade;

- Analisar o lugar da Comunicação no processo formativo da RMSF, através da construção do DSP, pressupondo a interlocução entre profissionais de Saúde, alunos e usuários das Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro;
- Analisar a presença e a ausência da Comunicação no DSP e seus reflexos, tanto planejamento das ações de Cuidado nas Clínicas da Família, quanto no projeto pedagógico da RMSAF/ENSP.

Esta tese inicia-se com a introdução, seguida dos capítulos 2, 3, 4 e 5, que serão apresentados a seguir. Nos anexos, encontram-se as versões originais dos Diagnósticos Situacionais Participativos e o Guia do Diagnóstico Situacional Participativo, objetos dessa pesquisa, mantidas a suas paginações originais para facilitar as citações correspondentes das análises realizadas.

A seguir, apresento os Capítulos que ordenam a estrutura deste relato da pesquisa da tese. O segundo Capítulo é dedicado à Comunicação, onde apresento a construção do campo da Comunicação e Saúde e suas interfaces, desafios, com os campos da Ciência e Tecnologia, o da Educação Popular, da Informação e Saúde, do Meio-Ambiente, do Urbanismo, das Ciências Sociais, das Políticas Públicas. Traça a trajetória histórica da relação entre os campos da Comunicação e Saúde, emergindo no início do século XX com a institucionalização das práticas do sanitarismo campanhista, destacando seus principais marcos até o ano de 2020. Apresento a relação da Comunicação com os princípios do SUS, a influência do modelo de matriz transferencial nas instituições e nos programas e ações de Saúde mas, também, o surgimento de propostas contra-hegemônicas como Comunicação em dois fluxos e, mais recentemente, o modelo descentralizado e multipolar de uma rede de sentidos que se estabelece através de interlocutores, definido por seus contextos, o modelo do mercado simbólico trazido por Inesita Araujo. Também, no Capítulo, me apoiei na reflexão da autora, que, através das suas pesquisas, nos adverte que a Comunicação, pela sua ausência ou mesmo pela forma como é abordada na Saúde, pode derivar num Cuidado inadvertido, ou mesmo no negligenciamento de fatores relevantes que corroboram com a insistência da presença de fatores que determinam essa persistência. A perspectiva teórica da autora contribuiu para dar mais consistência à correlação existente entre o Cuidado integral na Multiprofissionalidade em ações territorializadas e a delimitação da Comunicação nos parâmetros de construção do DSP.

Como estou trabalhando com a Comunicação e os princípios do SUS, que preconizam espaços de participação na gestão da Saúde, questioneei, até que ponto, o DSP, que tem no próprio nome a palavra “participação”, tem contribuído para pensar esta mesma participação. Se os parâmetros da construção do DSP têm favorecido a manutenção de modelos hegemônicos, ou se seus resultados acenam para outra direção. No sentido de fomentar a discussão sobre as forças que mantêm a hegemonia de alguns modelos que aqui trouxe como, por exemplo, o modelo transferencial da Comunicação na Saúde, recorri a Boaventura de Souza Santos que nos ofereceu a Sociologia das ausências e das emergências, propondo a discussão sobre a produção social da invisibilidade e possibilidades contra produções hegemônicas, pela teoria crítica da razão indolente. Guiada pelos pressupostos trazidos pelo autor, e pela constatação de que a construção do DSP se dá imerso na dinâmica das disputas territoriais de todas as ordens, vi o quanto as reflexões do autor contribuíram para conduzir nossos objetivos. As ações de Saúde territorializadas na ESF são complexas e exige dos profissionais de Saúde muita criatividade. O território é um espaço plural de diferentes lutas, opressões e aspirações, visibilidades e invisibilidades de muitos atores, que se constrói com base no reconhecimento, na solidariedade e na luta contra o consenso hegemônico. Dessa forma, a contribuição teórica de Boaventura foi muito valiosa. Nesse Capítulo firmou-se a compreensão de que é pela Comunicação que se formam as realidades e se outorga e qualifica a existência, isto é, quem será incluído, excluído ou qual atributo conferido à sua presença.

No terceiro Capítulo, dedicado à Atenção Primária à Saúde, exponho sua importância na configuração da Saúde global e sua relevância como estratégia de organização de atenção à Saúde num sistema de Saúde, principalmente nos modelos universais. Aponto alguns marcos da sua presença nas Conferências de Saúde de Alma-Ata, do Canadá, da Austrália, de Bogotá e de Astana, delineando seus avanços e retrocessos, e sua importância na prevenção e controle de doenças em cenários sanitários previsíveis e imprevisíveis na perspectiva da Saúde global. No Brasil, foi com a promulgação da Constituição de 1988 que o SUS se estabeleceu mas, somente em 1990, foi homologada a Lei Orgânica da Saúde, pelo Congresso Nacional. O SUS, constituído em níveis de complexidade, reconheceu a APS como uma das portas de entrada do Sistema. Na tentativa de estender as ações da APS, a ESF amplia seu alcance e, por esse motivo, é reconhecida com a força motriz da estruturação do SUS. A atuação da ESF pressupõe ações de Saúde integral territorializadas por equipes multiprofissionais. Conseqüentemente, exige-se o aprofundamento sobre Multiprofissionalidade, Interprofissionalidade e Interdisciplinaridade e, para tal, recorri que Ricardo Ceccin, que possui uma produção substancial sobre o tema. O Cuidado também se mostrou como um tema

merecedor de aprofundamento, e foi através da leitura da produção teórica de Cecílio e Merhy que pude operar com mais acuidade o tema. A conceituação sobre território e territorialização alicerça as apreciações dessa pesquisa. Milton Santos foi o caminho fértil para esse entendimento. O Capítulo destaca a importância da formação em serviço, destacando a Residência Multiprofissional em Saúde da Família como um caminho para superar a distância que, historicamente, preocupa os construtores dos SUS. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP foi selecionada para a pesquisa pelos seus anos de experiência, competência e sucesso nessa modalidade de formação. Todo esse investimento foi no intuito de avaliar melhor a Comunicação na construção do DSP, propósito dessa tese.

O quarto Capítulo foi dedicado à Metodologia. Utilizo a Semiologia dos Discursos Sociais proposta por Milton Pinto (1999), cujos principais princípios são: Semiose infinita, que postula não existir objeto sem significado. Tudo que percebemos não tem um significado em si mesmo, mas remissivas de significante a significante, produzindo efeitos de sentidos. Economia Política do significante postula não existir significante fora de um processo de Comunicação, de troca. O sentido de um objeto depende do seu contexto histórico, das suas condições de produção e circulação, e da maneira como é consumido real e simbolicamente. O conjunto das condições em que um objeto significante é produzido circula e é consumido é chamado de situação de Comunicação. Heterogeneidade Enunciativa é um termo que Authier-Revuz introduziu a partir da ideia de polifonia de Bakhtin por considerá-lo mais adequado para designar as duas instâncias, nas quais as vozes do discurso se manifestam: Heterogeneidade constitutiva e heterogeneidade mostrada. A primeira diz respeito às vozes que estão presentes nos discursos, mas não estão explicitamente marcadas. São as vozes da História, da Cultura, da Religião, da Família, sem que o autor empírico muitas vezes se dê conta. A segunda refere-se às vozes que se mostram claramente na superfície textual. São referências a outros textos, citações nominais de pessoa, declarações entre aspas, por exemplo. De acordo com os meus objetivos, e o propósito da análise do nosso *corpus*, utilizamos somente os postulados da Semiose infinita e economia política do significante.

A Análise de discursos foi realizada em três etapas: 1) Descrição: Identificação da ocorrência das palavras plenas nos textos dos diagnósticos, localizando seus contextos textuais; 2) Sistematização: Olhar transversal aos diagnósticos, identificando-se regularidades e divergências nos sentidos das palavras plenas, formando rede de sentidos em relação à Comunicação. 3) Análise: Considerações analíticas sobre a presença e os sentidos da Comunicação nos diagnósticos, considerando a pergunta e os objetivos da pesquisa.

A Análise de discursos foi realizada com recurso das palavras plenas, que são palavras

revestidas de sentidos, pela História, pela Teoria ou pela Prática Social. Identifico palavras que, no âmbito da Saúde Coletiva, foram consideradas revestidas do sentido de Comunicação, como será visto e explicitado no capítulo da análise, propriamente dito.

O *corpus* textual de Análise foi formado pelos DSP produzidos por alunos da RMSF/ENSP, profissionais de Saúde e população de Clínicas da Família do município do RJ. A escolha dessa Residência se deu por ser um curso que há mais de quinze anos está envolvida com o desafio dessa formação. É reconhecida como uma das mais importantes do Brasil, recebendo alunos de todas as partes do país. Mas, também, por fazer parte do seu corpo docente e estar comprometida com o seu aperfeiçoamento, me dedicando a essa pesquisa. É relevante considerar, também, que, até o momento das minhas buscas, nenhuma pesquisa com esse tema foi encontrada. Os critérios de escolha dos Diagnósticos estão detalhados no Capítulo da Metodologia.

O quinto Capítulo é dedicado à Análise. Sua realização se dará em três etapas, utilizando o recurso das palavras plenas. Neste caso, entre doze palavras identificadas inicialmente, selecionei cinco que considero mais prenhas do sentido de Comunicação: Comunicação (como célula mãe desse sentido), Participação, Rede, Promoção da Saúde, Território. As três etapas desse processo são: Descrição-Identificação da ocorrência das palavras plenas nos textos dos Diagnósticos, localizando seus contextos textuais; Sistematização-Olhar transversal aos Diagnósticos, identificando-se regularidades e divergências nos sentidos das palavras plenas, formando rede de sentidos em relação à Comunicação; Análise propriamente dita: considerações analíticas sobre a presença e os sentidos da Comunicação nos Diagnósticos, considerando a pergunta e os objetivos da pesquisa.

2. COMUNICAÇÃO: FUNDAMENTOS E CENÁRIOS

“Escuta o canto do ser. Ele tem mais de mil vozes.

Olha a dança do ser. Ela tem mais de mil passos”

Luiz Carlos Maciel

Fazer a reflexão sobre a Comunicação e a Saúde nesse momento é pensar de forma transversal tudo que foi sinalizado acima e a ser desenvolvido daqui por diante. É um universo estabelecido pelo atravessamento de elementos das Ciências Humanas, da Comunicação e da Saúde Coletiva. Por este motivo, muitos pontos serão convocados para dar mais consistência, coerência e fluidez ao tema proposto.

Como vimos anteriormente, a ESF se baseia em princípios (os norteadores do SUS) que objetivam o desenvolvimento de práticas de Saúde articuladas às Redes de Atenção à Saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, valorizando o território e os diversos contextos em que os usuários estão inseridos. É pela experiência intensa de Cuidado nesses territórios que se percebe como a vida pulsa nesses lugares; que há ali um movimento considerável de trocas de experiências, de produção de inteligências, na busca por soluções coletivas, de movimentos culturais, de disputas, de solidariedade e de fazer política para sobreviver à hostilidade do poder público. Nessa confluência existe um espaço fértil de investigação sobre como se dá a interação entre os territórios do trabalho e os territórios da vida nesse nível de Atenção. Esse espaço possível de interrogação sobre interlocução, diálogo e interrelação entre esses dois domínios diz respeito à Comunicação. Assim sendo, é imprescindível compreender o lugar da Comunicação nos princípios da ESF, já que sua perspectiva é buscar, nas ações de Saúde territorializadas, a participação. Isto porque sem ela não há Comunicação e a perspectiva de diminuir as iniquidades enfraquece. A Comunicação é uma maneira de atuação política, de partilha, de luta de grande alcance, de tornar comum ideias, de lançar mão de recursos de sobrevivência e, também, espaço de discussão e disputa sobre e por direitos coletivos. Desde o princípio dos tempos, a Comunicação foi, e sempre será, de importância vital, se tornando a melhor forma de integração, de interlocução, de interpelação, de troca mútua e de mobilidade subjetiva. Comunicar não é apenas passar uma informação mas, sempre, um processo social complexo, que envolve relações entre pessoas e grupos, sentidos, identidades, projetos, visibilidades e invisibilidades, diferenças de saber e poder.

Muniz Sodré, jornalista e sociólogo, um dos mais conhecidos pensadores contemporâneos, assim define a Comunicação: “*Comunicar é a ação de pôr em comum tudo aquilo que, social, política ou existencialmente, não deve permanecer isolado, ressaltando que o afastamento provocado pelas diferenças individuais se atenua graças a um laço formado por recursos simbólicos de atração, mediação ou vinculação*”¹. Sodré é um pensador profundo, fértil, da Comunicação Humana.

O autor afirma que a Comunicação só se estabelece quando promove sentido entre as pessoas, é o que faz elas se manterem unidas, juntas socialmente, a atração social, conseqüentemente, a construção do vínculo social. O autor considera, ainda, que o objeto da Comunicação é a vinculação social, e que esta seria o principal objeto de estudos das relações comunicacionais na contemporaneidade.

2.1 ENCONTROS DOS CAMPOS DA COMUNICAÇÃO E DA SAÚDE

Porém, existem muitas formas de se abordar o assunto. E Araújo nos traz a seguinte aproximação:

É possível falar da Comunicação e da Saúde de muitos modos, tantos quantos forem o entendimento dessa interface e desses dois campos que a constituem. Vou dar por aceito que cada um deles se apresenta como espaço polifônico, constituído por diferentes interesses, que ora convergem, ora são dissonantes e que compreendem muito mais que saberes específicos, em um arco de abrangência que vai desde sua história até as tecnologias, que passando por agentes e agendas, instituições e políticas, lutas e discursos, teorias e metodologias, conflitos e negociações, sujeitos individuais e coletivos. Vou também considerar que essa interface fala de uma articulação, de uma relação de muita complementaridade e não pela subalternidade de um termo ao outro (ARAÚJO, 2017: p.11).

Logo, a abordagem sobre a Comunicação e Saúde aqui neste Capítulo seguirá os preceitos trazidos acima. Mesmo sabendo que são campos independentes, eles operam juntos na Saúde há muitas décadas, construindo resultados importantes para a Saúde em todo o País. Nessa conjugação, amalgamam-se e trabalham estabelecendo interfaces com outros campos.

Para entender um pouco melhor a dinâmica dessa operação conjunta, achamos conveniente esclarecer o que vem a ser um campo de atuação. Bourdieu nos auxilia conceituando-o como uma conformação social dotada de certa autonomia, onde as ações individuais e coletivas se dão protegidas por leis e regras específicas, ao mesmo tempo em

¹ Anotação de aula: O comum – Prof. Muniz Sodré da Disciplina Comunicação e Cultura –PPGCOM DA UFRJ/2018

que é influenciado por um espaço social mais amplo. Não são estruturas fixas, mas produtos da história de posições específicas e das disposições que elas privilegiam (Bourdieu, 2001:129).

O que define a existência de um campo e demarca os seus limites são os interesses específicos, os investimentos econômicos e psicológicos que ele solicita a agentes dotados de um *habitus* e as instituições nele inseridas. O que determina a vida em um campo é a ação dos indivíduos e dos grupos, constituídos e constituintes das relações de força, que investem tempo, dinheiro e trabalho, cujo retorno é pago consoante a economia particular de cada campo (Bourdieu, 1987:124).

É um lugar de luta entre os agentes que o integram e que buscam manter ou alcançar determinadas posições. Essas posições são obtidas pela disputa de capitais específicos, valorizados de acordo com as características de cada campo (BOURDIEU, 2005).

A partir de agora, vamos admitir que existe um campo composto que vem a ser o campo da Comunicação e Saúde, que tem seus limites porosos, fazendo interseções com outros campos, como os da Ciência e Tecnologia, o da Educação Popular, da Informação e Saúde, do Meio-Ambiente, do Urbanismo, das Ciências Sociais, das Políticas Públicas e muitos outros. Para compor adequadamente os parâmetros, foi importante incorporar o conceito de Saúde Coletiva, cuja compreensão se dá através de uma área de conhecimento multidisciplinar concebida na interface dos conhecimentos, contemplada pelas Ciências Biomédicas e pelas Ciências Sociais, abarcando toda a complexidade da proposta desse campo. Refere-se, portanto, a um campo em formação representado de forma multidimensional em que os operadores e instituições desenvolvem estratégias, articulam acordos e negociações.

A caracterização do campo da Comunicação e Saúde se inicia numa relação celebrada com as Políticas Públicas de Saúde, que sempre se ateve a processos de elaboração, implantação e gestão, onde se demanda Políticas Públicas, no caso, de Saúde. O começo de toda essa ligação se dá através da institucionalização das práticas de Comunicação no interior do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), no contexto da Reforma de Carlos Chagas, aqui no Brasil.

A partir do Século XX, as campanhas sanitárias oficiais eram a estratégia de prevenção indispensável ao campo da Saúde. Elas buscavam sensibilizar a população, principalmente, para as medidas de higiene pessoal e coletiva, da Saúde da Mulher e da Criança, na prevenção de agravos. Essas medidas foram reconhecidas, à época, como um dos mais importantes processos de intervenção dos órgãos oficiais para proteger a sociedade de

males e riscos preveníveis. Seu objetivo era esclarecer, orientar e incentivar a população a participar ativamente das medidas de proteção, estabelecida nos protocolos de prevenção do Ministério da Saúde. Outra função era de tornar visível o trabalho dos órgãos oficiais e atuação governamental a toda sociedade (PITTA, 1995).

Neste contexto, as instituições de Saúde sofreram reestruturação, passando por fusões, mudando de nomes como: Campanhas Nacionais de Endemias; Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNRU; Superintendências de Campanhas Nacionais - SUCAN; Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, mas, sempre, com a ideia de instituições permanentes. Com posturas autoritárias e comandos verticalizados, direcionaram suas ações para metas determinadas pelo nível central do governo válido para todo território nacional (CARDOSO; ARAUJO, 2006).

Nesse período, emergiu o modelo bacteriológico que trouxe um avanço na descoberta de agentes patológicos específicos para cada doença e seus processos de transmissão, ficando mais fácil para as autoridades públicas convencer a população a aceitar as medidas individuais de higiene, marcadas por campanhas difusionistas, ancoradas em Teorias de Comunicação e teorias behavioristas, que estabeleciam uma relação causal entre o estímulo e sua resposta. Em compensação, outras medidas que diziam respeito a melhorias das condições socioambientais, não progrediram. Os projetos nacionais de Saúde, nessa época, instituíram algumas palavras-chaves para fortalecer as estratégias de ação, como educar, sanear e higienizar. Todo esse sucesso não evitou o surgimento de medidas opressivas de obediência a essas normas, que eram bem características das campanhas sanitárias do início do século XX, cuja resistência é, historicamente, conhecida como a Revolta da Vacina (CARDOSO, 2001).

Foi entre a primeira e a segunda guerras mundiais, no governo Vargas, que se instituiu uma política de Comunicação Governamental, baseada pelo entendimento de que a Propaganda se constituía numa peça mestra da gestão governamental das opiniões. Dessa forma, foram criados vários setores de Comunicação e Educação nos Ministérios do Governo, com o intuito de uniformizar procedimentos facilitando a disseminação de informações através de campanhas, via Meios de Comunicação de Massa. (CARDOSO, 2001).

O modelo implícito nessas campanhas é o da Teoria Matemática da Comunicação ou Modelo Informacional, proposto por Shannon & Weaver na década de 40, que normalmente é representada da seguinte maneira:

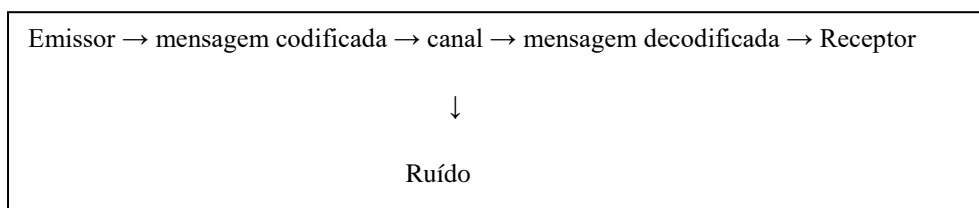


Figura 1 – Representação Gráfica do Modelo Informacional da Comunicação

Esse modelo traz em si algumas concepções que condicionam o olhar numa percepção linear, centrada na palavra aprisionada sob condições normatizadas. A limitação desse modelo é o seu caráter unidirecional, no qual o processo comunicativo se estabeleceu. É uma formulação que busca assegurar a linearidade do repasse de mensagens, eliminando os sinais indesejáveis que possam perturbar o processamento da mensagem no sistema construído, isto é, os ruídos. Esses confrontos dizem respeito às muitas maneiras de expressão, de um aspecto, de um modo de se colocar diante de uma circunstância. É uma forma de saber e entender os sentidos que se manifestam perante uma contrariedade, uma dificuldade, um obstáculo, uma oposição e uma resistência. O conflito é um aspecto da convivência que nos faz ver que estamos nos relacionando com o outro. Não se cria um conflito sobre alguma coisa que não seja importante. A sua repressão, ignorância e silenciamento só fazem aumentar a resistência e, mesmo, o afastamento das convivências. E, por tanto tempo desprezado, conduz à elevação da revolta desencadeando violência.

Esse modelo não diferencia as práticas simbólicas, discursivas e seus contextos situacionais, condições cognitivas e culturais. O emissor da mensagem é quem tem o conhecimento, quem conhece a verdade dos acontecimentos, quem possui valores corretos. O receptor não sabe interpretar a realidade, não possui valores adequados. Por essa razão, por não considerar os infinitos processos de atribuição de sentidos às questões relativas à Saúde e às questões do universo cotidiano, podemos constatar que, a cada campanha veiculada, ou uma orientação prescritiva de um profissional de Saúde, existe a pretensão de universalizar concepções, generalizando informações básicas sobre as medidas de prevenção/transmissão, sem levar em consideração a complexidade das variáveis culturais, sociais, situacionais e estruturais básicas. Por conta disso, tornam-se incapazes de provocar discussão ou instituir espaços de lutas que revelem as distintas realidades e contextos por que passam e enfrentam a população, ao invés de serem analisadas, compartilhadas, negociadas, sugeridas, valorizadas e legitimadas, para que possam ser incorporadas às medidas preconizadas pelas autoridades oficiais. Essa forma de Comunicação não respeita nem revela as distintas realidades e

contextos por que passam e enfrentam os sujeitos, objetos, nos lugares onde se instala qualquer agravo, para que possam ser analisadas, compartilhadas, negociadas, sugeridas (ARAUJO, CARDOSO 2007).

Uma estrutura como essa traduz uma via de mão-única, fluxo da mensagem entre o emissor e o receptor, pressupondo, assim, a imanência do sentido das palavras, isto é, que as palavras, frases e textos tenham significados prontos, predeterminados (PINTO, 1999). Todas as outras percepções diversas, plurais, isto é, as outras vozes sociais – cidadão comum, ONGs, representantes das entidades civis e muitas outras – são ouvidas como ruídos indesejáveis e objetos de esforço de eliminação, a bem da boa Comunicação (ARAUJO, CARDOSO 2007).

Essas estratégias de Comunicação mediadas por esses meios estiveram dominantes desde as décadas de 1950 e 1970 – período histórico brasileiro que traz o célebre modelo desenvolvimentista, que tinha como objetivo interiorizar o desenvolvimento econômico. Dessa forma, era estratégico pensar a Comunicação associada a Desenvolvimento – norteando o exercício de todas as instâncias governamentais ligadas à Agricultura e à Saúde. Essa abordagem associava subdesenvolvimento à falta de Educação e de iniciativas, por parte da população, que viessem favorecer o progresso. Dentro dessa lógica, o que se pensou, à época, foi motivar a população, através de agentes de Comunicação, a seguir o que as autoridades de saúde preconizavam. A gênese desse princípio diz respeito à teoria de dois fluxos da Comunicação, que reconhece as lideranças comunitárias como elos fundamentais para promover maior reciprocidade entre emissor (fala autorizada) e receptor (a população). Isso se dava capacitando as lideranças locais com as concepções normativas que já haviam sido estabelecidas pelas instituições. A informação, ampla, acessível e adequada, através de uma Comunicação anulava o atraso e a ignorância da população, ou seja, a “boa” Comunicação estaria no cerne dessa questão (ARAUJO, CARDOSO, 2007). Essa foi uma forma de avançar sobre a matriz transferencial incorporando a dimensão cultural e as relações sociais, conferida na convivência comunitária, tornando possível o processo comunicacional menos linear e pragmático.

Na década de 1960, muitas discussões foram travadas nos dois campos no sentido de trazer novos modelos, como a proposta por Paulo Freire, que introduziu a perspectiva histórica, cultural, humanista e dialógica, incluindo os saberes e a percepção da Comunicação à realidade da Saúde. Porém, o Regime Militar veio silenciá-lo e, durante esse período, foi implementada a assistência médico-hospitalar, desaguando no modelo médico-assistencial privatista e, assim sendo, as manobras preventivas e de Saúde Pública, incluindo as de

Educação e Comunicação, foram colocadas em segundo plano nas estratégias governamentais.

Num período de extrema censura, houve a separação das práticas de Educação e Comunicação na Saúde, criando as coordenadorias de Comunicação Social e o Serviço Nacional de Informação – SNI. Nessa mesma época, há um grande salto tecnológico, como a televisão e a mídia, e esses meios se tornaram as maiores estratégias de alcance nas sociedades ocidentais.

Assim como os modelos da ESF, o biomédico e o territorializado coexistem nas ações de Saúde, os modelos de Comunicação também convivem em diferentes configurações e contextos. No entanto, embora a matriz transferencial se manteve estável e hegemônica no âmbito das instituições e programas de Saúde, ela é tensionado por propostas contra-hegemônicas.

Na tentativa de superá-las e avançar na compreensão de outra dimensão da Comunicação, para a superação de modelos tão tradicionalmente operados na Saúde, e avançar na compreensão de outra dimensão da Comunicação, Araújo nos oferece a seguinte reflexão:

“É preciso entender a Comunicação como um processo social, estruturante dos demais processos. É pela Comunicação que se formam os sentidos da vida e do mundo, que organizam as relações na sociedade; é pela Comunicação que se imprime sentido às realidades, portanto que se constroem as realidades. É pela Comunicação que se atribui existência e se qualifica essa existência; em outras palavras, que se determina quem será visível, como será visível e quem será esquecido. O negligenciamento na Saúde, que se refere tanto a doenças quanto a populações, passa rigorosamente pela Comunicação”. (Entrevista com Inesita Soares de Araujo ao Portal e Observatório das Iniquidades em Saúde, 28/11/2013)

Todas essas questões também dizem respeito à inserção do País no mundo globalizado. A globalização impõe, ao mesmo tempo, uma possibilidade inédita de circulação de informações e uma ampla e veloz conexão em rede, que acarreta circulação de conhecimentos, informações, interações, tanto humanas como também de parasitas, de vetores, de produtos. A população interage e acumula esses conhecimentos, isto é, bens simbólicos e, muitas vezes, lança mão do acúmulo desses bens para confrontar, se posicionar e negociar sobre algum assunto ou questão que a ela é direcionada, como a orientação de condutas prescritas em uma consulta médica, por exemplo.

No contraponto ao fluxo único de pensamento e diante da complexidade do cenário das vidas por mais vidas, das lutas por mais visibilidade, por respeito às diversidades, por menos iniquidades, por mais direitos de voz e presença, outra concepção teórica é construída por Araujo: o Mercado Simbólico. Ele traz na sua concepção o modelo produtivo incluído no postulado da economia política do significante. Queremos dizer que, nessa interlocução da interação discursiva, os sentidos produzidos funcionam num fluxo: produção → circulação → consumo, levando sempre em consideração o contexto histórico de sua produção (ARAUJO, 2002). Talvez não seja muito fácil a incorporação desses princípios, quando estamos falando do mundo subjetivo dos sentidos. Mas o que se pressupõe com esse postulado é que os sujeitos, ao elaborarem seus discursos, os transformem em objetos significantes, e é através dessa significação que se negociam as trocas da disputa dos sentidos, isto é, a predominância pelos seus próprios sentidos dominantes. Nessa interação, o bem de troca são os sentidos circulantes, e o que se deseja nesse intercâmbio é fazer valer um modo de perceber e classificar o mundo, a sociedade, as pessoas, a prática social (ARAUJO, 2002). Busca-se, portanto, o poder simbólico (BOURDIEU, 1989), o poder de constituir a realidade, isto é, a possibilidade de fazer ver e interpretar a realidade por determinada ótica. Partindo do pressuposto de que as pessoas não são mais interlocutores passivos, uma tábula rasa, estamos assumindo que elas desenvolvem estratégias próprias de participação, nos modos de negociar seus sentidos. O capital gerado desse pressuposto soa desafinado no mundo dos iguais, globalizado, neoliberal, cuja sinfonia não traz acordes dissonantes. É uma lógica que funciona numa sociedade basicamente desigual e seus constituintes caracterizam-se por possuírem, também, capital simbólico desigual. São pessoas em posições e recursos e acessos variados, porém não é possível admitir que, mesmo com todas as restrições e dificuldades de acumulação deste capital, elas não sejam capazes de interagir com os sentidos circulantes – reflexões trazidas por Araujo, como apontamos anteriormente.

É por esse princípio que devemos desconstruir a ideia de que todo discurso traz um sentido pronto para ser compreendido. Ao contrário, o sentido é algo único, sempre sendo despertado e construído em cada processo interlocutivo, instável, plural. Nunca prevemos com exatidão os sentidos que serão produzidos com um discurso na interação profissional de Saúde e usuário, mas também nas relações sociais e redes sociais, nas visitas domiciliares, consultas médicas, numa reunião de equipe, numa cartilha, num impresso, palestra, num noticiário jornalístico, quando ele entra em circulação e é consumido pelos seus destinatários (PINTO, 1999).

Essas questões levantadas ainda estão longe de serem apropriadas pela maioria dos profissionais de Saúde, mas podem possibilitar a elaboração de novas concepções. Uma nova possibilidade de olhar a realidade por diversos ângulos na tentativa de renovar com tudo o que está rigidamente constituído e fundamentado pela prática científica. A Estratégia de Saúde da Família, com todo o seu potencial territorial e formador, têm muitas possibilidades de problematizar ações de condução prescritiva modeladas por um calendário sazonal descontextualizado. É preciso apostar que os limites impostos pelas concepções consolidadas incitam o esforço intelectual no sentido de entender que os horizontes desse saber já não apresentam a amplitude de antes; é preciso questioná-los e instituir uma possibilidade de olhares para se construir um novo saber. Perceber que os lugares que cada um ocupa é parte de uma sociedade viva, com sentimentos próprios e variados, e esse universo plural não pode dar a alguns a presunção de controlar a situação, somente por deter um capital simbólico.

De que forma pensar uma proposta de incorporação de outras dimensões relacionadas ao modo de levar a vida das pessoas, seus recursos e estratégias de resistência como, também as formas de se cuidar? Fundamentos que subsidiariam essa visão seriam, por exemplo, os mobilizados pela Teoria das Mediações de Martin Barbero – a cotidianidade familiar, a temporalidade social e a competência cultural, isto é, as mediações cognitivas, culturais, de referência e institucionais. Também, a perspectiva das interações sociais (BARBERO, 1997). Isto nos levaria ao reconhecimento da realidade da situação comunitária (contextos), principalmente em termos de saberes, comportamentos e práticas. A compreensão do universo material e simbólico, relativo aos modos de como os indivíduos ou grupos sociais atribuem sentidos à Saúde, à doença, à participação, às situações de vulnerabilidade instaladas em seu entorno e às possíveis e muitas vezes inéditas soluções cotidianas que se apresentam dentro desse universo.

Diferentemente dos problemas estruturados, isto é, aqueles bem conhecidos e delineados por metas e ações operacionais programáticas, passíveis de serem mensurados e avaliados pelos gestores e planejadores de suas ações (como as vivenciadas nas unidades de Saúde), os processos de atribuição de sentidos, são, por natureza, imprevisíveis. A compreensão dos processos sociais de constituição de significados está além da infraestrutura urbana, pertencem a uma dimensão invisível às tradicionais técnicas comunicacionais e educativas de intervenção das instituições de Saúde. Estão, no dia a dia, em permanente transformação, atualizadas e efetivadas por sutilezas táticas e resistências, nas quais os sujeitos alteram permanentemente seus objetos, códigos e espaços (CERTEAU, 1994).

Minha função como tutora, acompanhando os alunos da Residência todos esses anos, foi ouvir e provocar inquietações sobre o que eles traziam semanalmente nas orientações. A Comunicação sempre foi um tema recorrente. Eles sempre me relatavam a incompreensão da pouca participação dos usuários em atividades da Clínica. Nas apreciações das reuniões de equipe entre esses profissionais, traziam, por diversas vezes, notícias, segundo as quais, usuários, mesmo necessitando de cuidados importantes de prevenção da diabetes, da hipertensão, da nutrição e outros agravos, poucos participavam dos grupos temáticos, ou seguiam corretamente as prescrições recomendadas nas consultas dos núcleos profissionais. De outra forma, apontavam a preocupação e a impotência em mudar os índices da presença de algumas doenças, e a persistência de algumas delas. De acordo com Araujo, a Comunicação, pelo modo como ela é concebida na Saúde, a compreensão do seu papel nas ações do Cuidado Integral nos serviços de Saúde “*é, ao mesmo tempo fator, produto e – em decorrência – indicador de negligência (no seu reverso de Cuidado)*” (ARAÚJO; MOREIRA; AGUIAR, 2013). As autoras chamam a atenção para o fato de como a adoção de um determinado modelo pode obstruir a expansão do olhar sobre a realidade e, dessa forma, aceitar a convivência permanente dos problemas. A perspectiva instrumental da Comunicação traz em si uma forma de velar a realidade.

Foi acompanhando todos esses anos o processo de construção do DSP que tive a oportunidade de pensar melhor sobre a Comunicação na ESF e na formação da RMSF/ENSP. O processo de construção do DSP é o cenário vivo, propício, que o projeto pedagógico oferece para vivenciar essa experiência. A imersão na Clínica da Família, somada à riqueza de atores e discursos, da diversidade cultural, da incidência e persistência de agravos, do exercício da Multiprofissionalidade nas ações de Cuidado, a confluência dos territórios do trabalho e nos territórios da vida, proporcionou pensar em analisar a inserção da Comunicação na confluência desses processos.

De maneira hegemônica, encontramos nas unidades o modelo de atuação na ESF ainda muito pautado no modelo biomédico, apesar de toda ação territorializada que pressupõe uma imersão na dinâmica da vida dos usuários que ali vivem. Da mesma forma, aliada a essa matriz, a concepção da Comunicação como dispositivo de disseminação de informação de conteúdo orientado pelo Modelo Informacional também foi evidenciada no dia a dia dos residentes nos campos de prática. Essas percepções foram registradas nos diários reflexivos e nas discussões sobre o assunto nos encontros das orientações. Os depoimentos exibiam a incompreensão sobre a dificuldade dos usuários a adesão aos tratamentos como, em muitos casos, a ausência desses usuários, nos grupos de promoção da saúde, mesmo necessitando de

muitos cuidados. Alegavam que isso poderia estar relacionada a uma Comunicação não adequada. Essa foi uma das evidências de que a comunicação deveria ser mais bem estudada tanto para auxiliar no processo de trabalho das clínicas da família, como provocar a coordenação do curso da RMSF/ENSP a pensar sobre como a comunicação se insere nos eixos temáticos propostos no projeto pedagógico.

2.2 COMUNICAÇÃO E O SUS

Com a constituição do SUS, a Comunicação passa a ser percebida como parte do processo de determinação social da Saúde, se reescrevendo como lugar de luta contra as iniquidades. Mas, para isso, é indispensável que ela seja compreendida não mais apenas como um instrumento, uma reunião de técnicas, vinculada à ideia de que a saída para a solução dos problemas de Saúde está na disseminação de informações normativas e prescritivas sobre hábitos que as pessoas devem seguir, perante atitudes individuais, preterindo-se os determinantes sociais da Saúde. Reservar à Comunicação esse papel de neutralidade, de afastamento dos elementos e fenômenos sociais, na elaboração das Políticas Públicas é desmerecer a prevalência da vida, suas circunstâncias e embates, vendo-a como processo social natural. Esta distinção se dá através da compreensão de que é, pela Comunicação, que se formam as realidades e se outorga e qualifica a existência, isto é, quem será incluído, excluído ou o atributo conferido à sua presença.

Para dar um alinhamento adequado a essa reflexão é importante entender a relação entre a Comunicação e os princípios SUS, tanto os doutrinários – Universalidade, Integralidade e Equidade –, como os organizativos – Descentralização, Hierarquização e Participação –, com a Comunicação, como nos demonstram Araujo e Cardoso (2007). Para as autoras, a Universalidade, que está ligada à garantia do Direito à Saúde por todos os brasileiros, sem discriminação, incluindo, fortemente, o acesso aos serviços de Saúde oferecidos pelo Sistema, correlaciona-se com a Comunicação pela noção de direito, ou seja, o de que todos têm acesso à informação através dos meios, canais e espaços de fala, como, também, espaços e canais de escuta, partindo do pressuposto que as pessoas têm o que falar, são interlocutores ativos. A Integralidade parte da ideia de que existem várias dimensões que são integradas envolvendo a Saúde dos indivíduos e das coletividades. Assim, o SUS procura ter ações contínuas no sentido da promoção, da proteção, da cura e da reabilitação. Sua relação com a Comunicação se dá por prestigiar a prática da escuta ativa, constatar a presença do outro, a polifonia, o lugar de interlocução, da conjugação de práticas, saberes, memórias,

perspectivas, desejos e lugares de fala e, principalmente, o contexto. A Equidade significa tratar as diferenças em busca da igualdade. Sua correlação com a Comunicação se dá pela compreensão de que esse princípio espelha uma sociedade desigual. Logo, o esforço é promover práticas que se aproximem a toda diversidade expressada nessa desigualdade. A Descentralização significa ter a consciência e a responsabilidade de que a gestão do SUS possui três níveis governamentais – nacional, estadual e municipal – cada um com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm o papel na prestação e no gerenciamento dos serviços de Saúde. Trazer a Comunicação para esse âmbito significa trabalhar a descentralização do poder hegemônico da fala. A Comunicação, nesse parâmetro, ainda sustenta a ascendência das vozes das instituições nas produções sociais dos sentidos da Saúde. A Hierarquização é princípio que organiza o sistema em níveis crescentes de complexidade, da Atenção Básica à Alta Complexidade que, na evolução do SUS e da própria organização federativa, deva ser revisto. Mas, pensando que seu funcionamento se dá em rede, o fundamental nessa estrutura é o fluxo de Informação e Comunicação. A Participação pressupõe a inserção ativa da população brasileira na formulação de políticas públicas em defesa do direito à Saúde. Essa participação é estabelecida através dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde e por outras muitas outras vias. A relação da Comunicação com essa diretriz está no entendimento de que, sem uma Comunicação universal, equitativa, integral descentralizada e hierarquizada, a participação fica totalmente prejudicada. Desse modo, o esclarecimento da relação intrínseca entre a Comunicação e os princípios do SUS deveria ser um das fontes interrogadoras para se pensar as ações de Saúde nos territórios (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Por outro lado, também é importante conhecermos como a Comunicação se expressa nas ações e relações de Saúde na prática da ESF na Atenção Primária à Saúde. Numa sistematização para verificar como a comunicação é abordada nessas ações e relações realizada através de literatura brasileira publicadas no período de 2009 a 2021 na SciElo, por meio de descritores de Comunicação AND Atenção Primária, área temática Ciências da Saúde em Revistas Brasileiras foram encontrados, inicialmente, 132 artigos. O processo se deu em duas etapas. Na primeira, foram analisados os resumos de 132 artigos, sendo excluídos os que expressaram a comunicação fora do objetivo da pesquisa. Dessa forma, eliminamos 1 artigo finalizando com 131 artigos.

Tabela 1. Periódicos com publicações de comunicação

Periódico	Nº Art.	Ano	Periódicos	Nº Art.	Ano
Ciência & Saúde Coletiva	19	2020/18/17/16/15 /14/13/12/11/10	Trabalho Educação e Saúde	4	2020/17 /15
Saúde em Debate	12	2021/20/19 /18/17/16/14	Epidemiologia e Serviço de saúde	3	2021/20 17
Cadernos de Saúde Pública	11	2014/16/17/19	Acta Paulista de Enfermagem	3	2016/15 /09
Revista Brasileira de Educação Médica	8	2020/19/18 /16/13/12	Revista CEFAC	3	2018/2017 /15
Texto e Contexto-Enfermagem	6	2021/19/17 /15/13	Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences	2	2011/13
Escola Ana Neri	6	2011/12/13/14 /15/16/19	Cadernos de Saúde Coletiva	2	2018/2014
Revista Brasileira de Enfermagem	6	2020/19/18/16/ 14	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	1	2011
Interface-Comunicação, Saúde e Educação	6	2020/19/18/14 /12	Fisioterapia e Pesquisa	1	2015
Revista da Escola de Enfermagem da USP	6	2018/17//14 /13/12 18	Rev. Bioética	1	2015
Revista de Saúde Pública	7	2021/17/16 /13/12/11	Rev. Brasileira de Epidemiologia	1	2010
Revista Brasileira de Enfermagem	6	2020/19/18 /16/14	São Paulo Medical Journal	1	2010
Physis: Revista de Saúde Coletiva	5	2011/14/16/18	Rev. Nutrição	1	2018
Revista Latino-Americana de Enfermagem	5	21/19/16/15	Saúde e Sociedade	1	2019
Rev. Gaúcha de Enfermagem	4	21/19/17			

Os resultados apontados nas Revistas analisadas:

a) Ciência & Saúde Coletiva:

TCI como recurso de impulsionar das parcerias locais 16%; Fragilidade de comunicação entre os serviços da Atenção da rede 36%; Fragilidade de comunicação entre profissionais de saúde e usuários 34%; Cultura, condições sociais como barreira educacional e

comunicacional 2%; Escuta, diálogo como fatores importantes na relação profissional de saúde /usuário 4%; Comunicação como estratégia de divulgação de conhecimento 8%.

b) Saúde em Debate:

Fragilidade de comunicação entre os níveis de atenção 42%; Fragilidade entre profissionais de saúde e população 25%; Fragilidade entre gerente e profissionais e saúde 25%; Formação de profissionais de saúde: necessidade do ensino de habilidade de comunicação nas escolas do país 8%.

c) Cadernos de Saúde Pública:

Fragilização de comunicação entre a rede de Atenção 46%; Fragilidade da comunicação entre profissional de saúde / usuário 18%; TCI como estratégia de aproximação e vínculo entre profissional de saúde e usuário 18%; Comunicação no Apoio matricial como estratégia de aproximação entre profissionais de saúde e usuário 9%; Comunicação na gestão do trabalho estreita o vínculo entre profissionais 9%.

d) Texto e Contexto - Enfermagem:

Fragilidade de comunicação entre profissionais de saúde e usuários (dar notícias difíceis)33%; Reconhecimento da comunicação como ferramenta potente entre profissional de saúde e usuário32%; Fragilidade de comunicação entre gestores 11%; Fragilidade de comunicação entre níveis de atenção 14%; Importância da comunicação nas ações de saúde10%.

e) Escola Ana Neri:

Comunicação Profissional/ usuário, necessidade de uma comunicação mais efetiva 40%; Fragilidade de comunicação entre os níveis de atenção 60%.

f) Revista Brasileira de Educação Médica:

Importância da formação em serviço na APS – relação mais próxima profissional de saúde/usuário; Importante para se obter habilidade de comunicação na formação para atuação na APS 20%; importância da Inclusão da Comunicação no ensino da graduação 50%; TICS como processo narrativo importante para se incluir na formação 30%.

g) Revista Brasileira de Enfermagem:

Fragilidade de comunicação intersetorial 40%; Fragilidade de comunicação entre profissional e saúde/usuário (idosos, deficientes, crianças) 40%; Comunicação como fator importante a segurança do usuário 20%.

h) Interface-Comunicação, Saúde e Educação:

Fragilidade de comunicação entre profissional de saúde /usuário (comunicação adolescentes) 30%; Fragilidade da comunicação interprofissional 20%; Fragilidade de comunicação entre os

níveis de atenção 30%; Padronização da linguagem como facilitadora da comunicação entre profissional da saúde e/ usuário 10%.

i) Revista da Escola de Enfermagem da USP:

Fragilidade do fluxo de comunicação na Atenção saúde 10%; Fragilidade de comunicação entre profissional de saúde/ usuários (confiabilidade e confidencialidade) 40%; Necessidade de padronização da linguagem na documentação do cuidado, e facilitar a comunicação entre profissional de saúde /usuário 20%; Deficiência do fluxo de comunicação e participação do paciente no processo de atenção 10%; Fragilidade de comunicação entre os profissionais de saúde para lidar com o cuidado 20%.

j) Revista de Saúde Pública:

Necessidade de práticas comunicativas pautadas no diálogo (profissional de saúde acolhendo a necessidade do usuário para além do repasse de informação) 20%; Fragilidade de comunicação entre os níveis de Atenção 30%; Fragilidade na comunicação entre profissional de saúde / usuário30%; Reconhecimento do fortalecimento da comunicação entre ACS/Usuário 10%; Reconhecimento da comunicação como ponto importante na APS (potência da comunicação no grupo de apoio matricial ao profissional de saúde e usuário 10%.

k) Physis: Revista de Saúde Coletiva:

Comunicação como nó crítico no processo de trabalho na APS 10%; Fragilidade de comunicação entre equipe multiprofissional cria barreira no exercício da interdisciplinaridade 40%; Fragilidade na comunicação entre profissional de saúde / usuário 50%; comunicação informal com fator potente na ESF1.

l) Revista Latino-Americana de Enfermagem:

Comunicação como ponto estratégico de construção da relação usuário/equipe/serviço de saúde e a equipe da Unidade de Saúde da Família 60%; Comunicação como parâmetro para avaliar as relações e o ambiente de trabalho e subsidiar as ações de serviços de saúde 10%; Aperfeiçoamento das formas de comunicação com os idosos 10%; comunicação como mediador do processo de Interprofissionalidade e intersetorialidade na atenção de crianças com condições crônicas 20%.

m) Revista Gaúcha de Enfermagem:

Fragilidade na comunicação profissional de saúde/ usuário 40%; Importância da comunicação terapêutica na prevenção de acidentes 10%; Fragilidade da comunicação na formação do profissional de saúde 30%; Comunicação reconhecida como menos significativa no domínio

de competência em promoção de saúde 10%; Necessidade de habilidade de comunicação nas estratégias de comunicação terapêutica 10%.

n) Trabalho Educação e Saúde:

Necessidade de desenvolver habilidade comunicacionais na atenção à saúde 20%; Comunicação dialógica dão sentido às práticas de saúde na ESF 20%; Fragilidade na comunicação entre profissional de saúde/ usuário 30%; Fragilidade na comunicação entre gestor e profissional de saúde (importância na aproximação e diálogo do trabalho em equipe) 30%.

o) Epidemiologia e Serviço de saúde:

TCI como estratégia importante, mas precisa de investimento pela diversidade de estruturas da unidade 25%; Fragilidade na comunicação entre profissional de saúde/ usuário com deficiência (analfabetos) 50%; Programa da Hanseníase as estratégias de comunicação e educação não foram implantadas repercutindo de forma negativa no programa 25%.

p) Acta Paulista de Enfermagem:

Comunicação como indicador de fragilidade na relação profissional de saúde/ usuário 100%.

q) Revista CEFAC:

Fragilidade na comunicação entre profissional de saúde / usuário (Com deficiência auditiva-uso de teleaudiologia) 100%.

r) Brazilian Journal of Pharmaceutical Science; Cadernos de Saúde Coletiva; Arquivos Brasileiros de Cardiologia; Fisioterapia e Pesquisa; Revista Bioética; Rev. Brasileira de Epidemiologia; São Paulo Medical Journal; Revista Nutrição, Saúde e Sociedade Trazem, essencialmente, a fragilidade da comunicação na relação profissional de saúde/ usuário e interprofissional 100%.

Os resultados alcançados destacam a fragilidade da comunicação nas relações profissional de saúde / usuário/ intersetoriais/ interprofissional. Salienta a necessidade de adequação de palavras para facilitar o vínculo. Destaca a comunicação como importante instrumento de transmitir conhecimento e informação. Há uma sinalização em desenvolver habilidade comunicacionais se aproximando do modelo informacional. A cultura é apontada como limitador de adequação de padrões saudáveis a serem seguidos. Não há referência sobre produção compartilhada e contextualizada dos sentidos circulantes sobre saúde, e serem incorporados nas reflexões e estratégias das ações de cuidado.

2.3 COMUNICAÇÃO, AÇÕES DE SAÚDE E TERRITÓRIO DA ESF

Como já mencionamos anteriormente, a comunicação é transversal a todos os princípios do SUS. As ações de saúde territorializadas na ESF permitem experimentar intensamente essa transversalidade tanto pela movimentação no cotidiano do processo de trabalho quanto pela vivência no cotidiano do território da vida. Esse é um universo de extensão enorme, mas o propósito aqui delineado é refletir sobre o papel da comunicação nos objetivos da construção do DSP, analisando como ela é delimitada, tecida junto a outros parâmetros no desafio de produzir resultados, encaminhamentos e resolutividade dos problemas ali apontados. Entender suas múltiplas dimensões nas ações de cuidado de longo prazo, para as quais é preciso contar com diferentes áreas atuando com equipes nos territórios, mas também seu papel no processo vigoroso que é a formação em serviço das RMSF.

Nessa pesquisa acolhemos a definição de território de Milton Santos. Segundo o autor, o território consiste em lugar com limites definidos onde as pessoas vivem, trabalham, circulam e se divertem. Dele fazem parte ambientes construídos e ambientes naturais. Sendo, sobretudo, um espaço de relações de poder, de informações e de trocas. As dimensões e formas de seu uso estão no âmbito jurídico, político, ambiental, social, cultural e econômico. Logo, o território é um espaço plural de diferentes opressões e aspirações, visibilidades e invisibilidades de muitos atores, que se constrói com base no reconhecimento, na solidariedade e na luta contra o consenso hegemônico (SANTOS 1994). O território também se caracteriza por disputas de poder, pois torna concreta a possibilidade de mando, julgo ou imposição de vontade e necessidades ou, mesmo, projeto particular a outras pessoas, grupos e instituições (GODIM et al., 2008). O desafio da ESF é superar a repartição do território em áreas político-administrativas de ação em saúde para uma compreensão da dinâmica interna dos territórios (como a vida acontece, como os processos sociais do cotidiano se desenvolvem). A criação de território de atuação teve como intuito subsidiar o planejamento das ações de saúde e, conseqüentemente, promover de forma sistemática a coleta de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações espaciais. Identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções (COSTA NETO, 2020). A realização contínua e prolongada das ações de cuidado territorializado na ESF gera subsídios para elaboração de estratégias em saúde. Isso se consolida a partir da obtenção e análise de informações colhidas sobre as condições de vida e saúde da população cuidada (MONKEN; BARCELLOS 2005).

Caminhar pelo território com o morador e a equipe de profissionais de saúde permite observar e conhecer a dinâmica que envolve o meio por onde, como e porque se estabelece o processo saúde/doença. Mas, também, as articulações populares, as estratégias de sobrevivência, as redes de solidariedade, as condições de vida, as lideranças comunitárias, os discursos circulantes, os equipamentos sociais, os espaços de lutas cidadã, as opções de lazer, a produção da cultura, as matrizes religiosas, as mídias circulantes, as possibilidades de circulação e transporte, acesso a saúde e a infraestrutura sanitária. Em princípio, estar atento a isso significa estar implicado e comprometido com as necessidades e potencialidades locais, as demandas de injustiças, as opressões sociais, as desigualdades sociais mas, também, em ampliar os espaços de participação, de acolhimento, de legitimação das inteligências e saberes locais, do reconhecimento das lutas, da construção de recursos e trocas de saberes na tentativa de fazer com que haja a redistribuição da possibilidade de falar, ser ouvido e levado em consideração.

Olhar e analisar esse cenário por esse processo foi importante pelo fato de que o fechamento do DSP segue duas direções. A primeira, dirigida à gestão da clínica da família para orientar o planejamento das ações de saúde apontadas por ele como necessárias e, a segunda, encaminhada à coordenação da Unidade II de Aprendizagem da RMSF para avaliação e, posteriormente, direcionar às coordenações das UA subsequentes para que seus resultados fomentem de forma transversal seus conteúdos. No âmbito do processo formativo ele também poderá vir a inspirar na escolha do tema do Trabalho de Conclusão da Residência. Dessa forma, vê-se a importância do papel do DSP no conjunto de intervenções que vão desde a gestão do serviço à ordenação de conteúdos oferecidos no processo de formação da Residência.

Parece-nos que modelos de comunicação com matriz transferencial, como já mencionamos acima, sejam capazes de dar conta de todas essas imbricações de saber e de poder presentes nessas articulações. Por outro lado, um modelo descentralizado e multipolar de uma rede de sentidos em disputa que se estabelece através de interlocutores que circula em várias direções entrecruzando discursos, isto é, o modelo do Mercado Simbólico trazido por Inesita Araujo, parece fazer mais sentido ao que preconizam as diretrizes da ESF (ARAUJO, 2004).

A imersão na realização do DSP traz a possibilidade de entrar em contato com grupos no território que disputam suas aspirações. De uma maneira geral, fazem parte dessa rede instituições, associações, ONG, pessoas, interagindo entre elas e com a população fazendo circular suas vozes, seus discursos para que elas sejam ouvidas, consideradas e legítimas nos

seus espaços e fora deles. O papel dessas instituições e iniciativas é de extrema importância na dinâmica da vida das pessoas nesses territórios, facilitando acesso a bens culturais, construindo soluções conjuntas com recurso locais de problemas persistentes. A comunicação é central nesse processo. Analisar sua presença e ausência é de suma importância para entender como se baseia a interlocução, negociação de sentidos nesse fluxo contínuo de troca de informação e saberes ou, simplesmente, se mantém a polaridade existente da matriz informacional.

Ao considerar a importância das vozes que circulam e dão vida ao território, também estamos nos referindo à produção de inteligência que são construídas pelas resistências e lutas nessas coletividades. Nesse sentido, Boaventura nos ajudou a complementar e melhor compreender a importância das Epistemologias do Sul, de forma criativa, os conhecimentos populares nascidos das lutas sociais daqueles que sofreram e sofrem as injustiças sociais trazidas pelo Capitalismo, Colonialismo e Patriarcado, por uma sociedade mais justa e equilibrada socialmente. Uma tentativa de reconhecer e legitimar essas sabedorias, do que ele chama de excluídos, oprimidos e explorados – índios, quilombolas, imigrantes, movimentos de mulheres, periferias – por esses princípios na sociedade. A ESF lida com esses conhecimentos cotidianamente por estar, de uma maneira geral, com suas unidades inseridas em territórios vulneráveis, nas periferias à margem da presença do poder público, sendo muitas vezes a saúde a única política presente no território. As estratégias de sobrevivência, ou mesmo os recursos utilizados pela população para cuidar da sua saúde, fogem muitas vezes à lógica biomédica instituída pelos profissionais de saúde que atuam na área que, de uma maneira geral, são desvalorizadas e desprestigiadas pelas orientações oficiais da saúde.

Esses conhecimentos que, via de regra, regem o dia a dia dessas pessoas, mas nunca entraram nas universidades e aos quais não se dá nenhuma atenção e valor. A universidade se baliza em conhecimentos científicos legitimados e validados pelos seus pares, que são preciosos, mas não são os únicos existentes. São fundamentos e princípios que normalmente não favorecem, de uma maneira geral, a emancipação e libertação dos excluídos. Ao contrário, a maioria das Ciências como a História, as Ciências Sociais, a Antropologia, a Saúde, a Educação, produzem conhecimentos contados por vencedores das lutas sociais, as versões dos perdedores ficam de fora. As Epistemologias do Sul são uma aposta de inclusão desses conhecimentos nos tensionamentos às epistemologias consagradas e produzidas pelas universidades, no que o autor apresenta como de Ecologia de Saberes, todo o conhecimento emergido nas lutas daqueles que sofrem as injustiças. A referência ao Sul não é geográfica e sim um sul geopolítico, isto é, um conjunto de países, nações e grupos sociais que foram

submetidos aos sistemas de opressão e de exclusão pelos três princípios acima mencionados, colonizados por países europeus e, por isso, não alcançaram os mesmos desenvolvimentos econômicos do Norte Global (SANTOS 2010). Essa relação colonial vem de séculos e representa uma dominação epistemológica, numa relação muito perversa de supressão no âmbito cultural e político. Assim sendo, faz com que os saberes originários, ou próprios de alguns povos e nações, bem como criações e recursos inteligentes e inventivos de formas de sobreviver e dar sentido à vida, continuam, ainda, sendo suprimidos e inferiorizados na nossa sociedade (SANTOS, 2013).

A proposta trazida pelo autor discute a produção social da não existência e alternativas contra-hegemônicas. Oportuniza a discussão sobre as práticas sociais alternativas e epistemologias que visem à emancipação social. Subsidiando essa reflexão nos apresenta a “ecologia de saberes” em que propõe superar eurocentrismo e o formalismo das Ciências Sociais, procurando conciliar a Ciência com a experiência humana, as Ciências da vida com as Ciências Sociais, isto é, um diálogo entre saber científico e não-científico, trazendo este para dentro das universidades, criando uma integração efetiva entre Formação Profissional e a Prática de Ensino. Afirma a tese de que todo o conhecimento é local e total, e que ele migra e avança através do encontro uns com os outros para outros lugares cognitivos, de maneira que possam ser absorvidos fora do seu contexto de origem. Toda essa discussão se dá utilizando as categorias da Sociologia das Ausências (SANTOS 2002; 2012).

Essa é uma típica fronteira abissal referida por Boaventura, presente na nossa sociedade, e que não nos damos conta, porque é uma fronteira tão brutal que não se vê, porque ela, de alguma maneira, nos cega. Ela demarca na sociedade quem é gente e quem não é gente. Quem é verdadeiramente igual entre si, e possui os mesmos direitos. Aqueles que os poderes constituídos os consideram como sub-humanos, como gente descartável, como primitivos, como selvagens, como inferiores, descartáveis, criminosos, os quais não merecem a proteção do Estado quanto aos seus direitos humanos (SANTOS,2010).

Todo o aporte teórico trazido nesse capítulo nos ajudou a pensar de forma mais aprofundada o universo complexo que é a assistência e a formação na ESF. As questões aqui levantadas foram norteadoras para se alcançar os objetivos da pesquisa. A construção do DSP, com todo o seu potencial territorial e formador, trouxe contribuições importantes para se inquirir a comunicação na condução de ações de cuidado multiprofissional territorializadas, apostando que a percepção de muitos olhares num universo plural pode contribuir na ultrapassagem dos limites impostos por concepções consolidadas.

3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FUNDAMENTOS E CENÁRIO

3.1 FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEU DESENVOLVIMENTO NO BRASIL

A atenção de um Sistema de Saúde direcionado a atender e resolver algumas enfermidades, e condições mais comuns de problemas de saúde de uma população num primeiro nível ambulatorial é, em geral, denominado de Atenção Primária. Nos países europeus, o termo atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais a atenção à Saúde corresponde a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade para cobrir necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza (MENDES, 2001; BARRENECHEA; TRUJILLO; CHORNY, 1990).

A Atenção Primária à Saúde (APS) modelada no início do século XX, espelhada na concepção trazida no relatório Dawson² em 1922, traz o médico generalista inserido na configuração de uma rede territorial de serviços, tendo como referencial os centros primários, como autoridade sanitária regional, cujo modelo inspirou a conformação do Serviço Nacional de Saúde inglês. A conferência internacional de Alma Ata, no final dos anos 1970, influenciada pelo cenário político econômico dos países e pelos custos do setor saúde, incorporou elementos dessas experiências, propondo os cuidados primários em saúde como elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social. (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018).

A esta concepção, a APS, foi ordenada a partir da ideia de atributos: o primeiro contato, a abordagem integral, a continuidade e a longitudinalidade, a coordenação, a abordagem familiar e comunitária, o grau de vinculação e relacionamento entre APS e pessoas sob seus cuidados, a capacidade resolutiva e o poder para coordenar casos e fluxos assistenciais. Diferentes países do mundo têm APS no seu sistema de saúde (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018).

Na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, por iniciativa da OMS, do UNICEF e do Governo do Cazaquistão, realizou-se em Astana, em outubro de 2018, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, com o propósito de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde (UHC, sigla para os

² O **Relatório Dawson**, publicado em 1920, foi o marco da ideia de APS como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde, no qual se propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento.

termos *universal health coverage*) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Na Conferência de Astana, mais uma vez destacou-se a importância das ideias firmadas em Alma-Ata sobre a APS, não só por considerá-la como porta de entrada do sistema, mas por julgá-la fundamental aos sistemas de saúde universais de atenção integral, como suporte mentor de toda sustentação teórico-conceitual e prática desses sistemas. Chega-se à conclusão de que não é mais possível focar nas doenças, nos indivíduos doentes, nas atividades curativas, mas é necessário contextualizar a ambientação que cerca a vida das pessoas em coletividade e agregar valor às estratégias de ação que essa mesma população cria, se movimenta em prol da melhoria da qualidade de vida onde ela vive (FIOCRUZ; CNS, 2018).

Ao mesmo tempo, alguns pesquisadores chamam atenção para pontos vulneráveis do fechamento desse encontro. A adequação da APS à proposta de UHC da maneira como ela foi discutida e definida restringe as possibilidades de garantia do direito humano à saúde, conforme devidamente definido em Alma-Ata. A proposta de UHC, na forma como foi aprovada na resolução da OMS sobre financiamento de 2011 e como uma das metas da Agenda 2030, é trazida pelas agências internacionais numa forma de combinação de fundos gerenciados por seguradoras privadas ou públicas, com uma definição de uma carteira limitada de serviços.

O destaque à cobertura financeira significa apenas o direito por algum tipo de seguro privado ou público, sem garantia de acesso e uso quando necessários, isto é, está limitado às garantias em Alma-Ata, em outras palavras, o acesso diz respeito à oferta de serviços conforme a renda. Nesses contratos, os seguros cobrem intervenções específicas e renuncia-se à configuração de um sistema de saúde integral e integrado. Dessa forma, o que se estabelece é uma APS excludente e restritiva, princípio estes incompatível com a proposta alcançada em Alma-Ata. (GIOVANELLA; MENDONZA-RUIZ; PILAR; ROSA; MARTINS; SANTO, 2018).

Starfield (2002), em muitas de suas publicações, enfatizou a importância da APS em países que ambicionam ter a saúde como espelho da uma população saudável e como direito de cidadania. Num estudo comparativo realizado pela autora entre países industrializados, isto é, com economia sólida, alguns países com pouco investimento em APS evidenciaram indicadores piores que países menos ricos. Para essa medição, foi utilizada uma classificação da força da APS utilizando cinco parâmetros de avaliação, quais sejam: 1) profissionais e instalação de saúde, regulados de modo que estivessem geograficamente distribuídos em harmonia com o grau de necessidades; 2) perfil de médico apresentado como médico da APS; 3) carga horária dos médicos na APS em relação às outras categorias profissionais; 4) grau de

coordenação entre a APS e os outros serviços da rede; 5) extensão de seguro para os serviços de saúde, promovendo a intersectorialidade. Para subsidiar a leitura desses aspectos, a autora reuniu algumas propriedades das unidades de saúde que corroboram para a leitura da força da Atenção Primária: a potência das relações entre os usuários e o seu médico; a dimensão da coordenação entre a APS e outros serviços de saúde; orientação familiar e comunitária; a relevância da busca do primeiro atendimento com o médico da atenção primária antes de ir a qualquer outro nível de extensão que o sistema oferece (STARFIELD, 2002).

Na continuação do estudo, a autora utilizou alguns parâmetros para comparar o impacto do investimento na Atenção Primária nos sistemas de cada país, quais sejam: a) Classificação das taxas para indicadores de saúde conseguidos por métodos comparáveis de uma única fonte de dados: mortalidade neonatal, mortalidade pós-neonatal, mortalidade pós-neonatal, mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal combinados), expectativa de vida na idade de 1 ano e nas idades de 20/ 65/ 80 anos de homens e mulheres individualmente; b) Classificação para gastos totais de sistemas de saúde *per capita*, expresso pela paridade de poder de compra; c) Classificações para satisfação de cada população com seu sistema de saúde; d) Classificações para gastos por pessoa para medicamentos prescritos pela paridade do poder de compras, sendo conferido grau 1 ao país com menores custos de medicamento prescrito (STARFIELD, 2002 p.35). Os resultados apontam que, quanto mais forte a Atenção Primária do país, melhor a qualificação dos dados combinados; países com atenção primária mais forte lidam melhor com resultados e custos; países nos quais as políticas de saúde conduziam a Atenção Primária eram países em que as características das unidades de saúde também refletiam uma forte atenção primária; as vantagens decorrentes de uma forte Atenção Primária foram maiores em grupos jovens; grupos de países que tentam distribuir recursos de acordo com as necessidades em vez da demanda alcançam melhores resultados níveis de saúde do que outros países (STARFIELD, 2002 p.36).

No início da década de 70, a medicina comunitária³ desponta acompanhada pelo movimento da reforma sanitária e alguns movimentos das universidades, marcando o início de participação dos municípios no desenvolvimento da APS, como Campinas, Niterói, Londrina, Montes Claros, Teresina, Cotia, Sete Lagos, Pelotas, Joinville e São Luiz, e que pouco a pouco foram se estendendo a outros lugares. Mas, também, nessa mesma década, no eixo Rio

³ “A Medicina Comunitária surge nos anos sessenta, nos Estados Unidos, numa conjuntura de intensa mobilização popular e intelectual, em torno de questões como direitos humanos, guerra do Vietnã, racismo e pobreza. Buscava-se a racionalização para os serviços de saúde, enfatizando-se a regionalização, hierarquização dos serviços, participação comunitária, introdução de outras categorias profissionais na assistência” (MALTA; SANTOS, 2003).

de Janeiro-São Paulo a agitação entre intelectuais, docentes e movimentos estudantis universitários, provocavam inquietações a respeito da restrição e ineficiência do sistema de saúde, das péssimas condições sanitárias do país e a precariedade do exercício profissional (ESCOREL, 1987).

Em meio a toda essa movimentação, novas mobilizações nessa mesma direção ocorreram se traduzindo em eventos e reuniões, como: a formação do grupo médico Renovação Médica de oposição sindical, a fundação do CEBES e da revista Saúde em Debate, a realização do I Congresso Paulista de Saúde Pública, a realização do I Simpósio de Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados, a fundação da ABRASCO, a realização das Semanas de Saúde Comunitária e dos Encontros Nacionais de Estudantes de Medicina. Muito interessante, também, registrar que existiam grupos informais de resistência e convergência de pensamento progressista em saúde (GOULART, 1996).

Na década seguinte, o governo federal propôs a integração entre o Ministério da Saúde e da Previdência no sentido de dar um alinhamento no Sistema Nacional de Saúde, o qual era alvo de muitas críticas, e lança o Programa PREV-SAÚDE⁴. Reformas continuavam sendo implementadas e, no início dos anos 80, um novo programa intitulado Ações Integradas de Saúde (AIS) que tinha como pretensão interconectar as estruturas e iniciativas do governo à área de saúde, trazendo como novidade a incorporação na gestão dos Estados e municípios ações de saúde (NETO; SILVA; ROSA; CUNHA, 2010).

Em 1986, ocorre o marco da saúde no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que inova a participação ampla dos movimentos sociais, a primeira em toda a história desse tipo de evento. A Conferência propôs e discutiu temas 'Saúde como direito', 'Reformulação do sistema de saúde' e 'Financiamento do setor'. A partir dela se conseguiu criar o decreto de criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde- SUDS. Dois anos depois, em 1988, é promulgada a nova Constituição federal, cujo Direito à saúde foi inserido no título destinado à ordem social, o bem-estar social e a justiça social. No seu Artigo 196, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado garantindo, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Dois anos depois é promulgada a Lei N° 8080 de 19 de setembro de 1990, que institui o SUS.

A partir dessa data, o processo de descentralização da saúde avança com a edição da Resolução n° 273 do INAMPS – a Norma Operacional Básica 1/91 (BRASIL, 1991) – à qual

⁴ PREV-SAÚDE, programa que visava reordenar modelo da prestação de serviços do setor, para adequá-lo às necessidades prioritárias da população e aos meios disponíveis para custeá-lo.

se seguiram a NOB 1/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS (BRASIL, 1992), a NOB 1/93 (BRASIL, 1993) e a NOB 1/96 (BRASIL, 1996). O compromisso de atores e instâncias envolvidas na concepção dessas normas aponta para uma nova configuração de conjunturas, princípios e responsabilidades que vão modelando o processo de construção do sistema de saúde, sobretudo a descentralização (SCATENA; TANA, 2001).

Em meados da década de 1990, algumas experiências municipais de organização da atenção à saúde foram se configurando e uma proposição de reforma no sistema de saúde foi se anunciando. Em 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi apresentado como proposta de reorganização dos serviços de Atenção Primária. O programa apostava na abordagem familiar e comunitária se distanciando do cuidado individual e de ações programáticas nas práticas. Nesse momento efervescente, concentram-se esforços voltados para a Atenção Primária. O intento era pela necessidade de prover acesso à saúde para todos sem distinção, de entender a importância da participação e aproximação comunitária, da utilização da epidemiologia no planejamento das ações de saúde e do foco nos territórios. Da mesma forma, pensar na ampliação terapêutica com a utilização das terapias não convencionais e, principalmente, da incorporação de novos agentes de práticas de saúde, com diversas denominações locais e regionais, que com certeza foram modelos dos Agentes Comunitários de Saúde. (CARVALHO; RIBEIRO, 1998).

Em 1991 houve a inserção do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde em nível nacional (PACS)⁵ e, em 1994, houve uma avaliação positiva desse Programa. Por conta desse resultado, o Ministério da Saúde propôs o Programa de Saúde da Família (PSF), que logo depois passou a ser assumido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial-ESF (BRASIL, 1998). O PSF nos seus primeiros anos de existência foi palco de muitas avaliações críticas, como apresenta Paim em uma de suas publicações (PAIM, 2001). As considerações se baseavam em alguns argumentos, como a preocupação pelo ressurgimento do médico de família, que compatibilizava a proposta subordinada ao movimento nos EUA, mas que não parecia com a complexidade tecnológica da medicina moderna e as formas hegemônicas da prática médica, seja no setor público, seja no privado. Outra alegação dizia respeito à possibilidade de que tal programa, enquanto continuação do PACS, se traduzisse numa política de focalização proposta pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais, caracterizando “pacotes básicos” de atenção médica para pobres, ir

⁵O Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde (PNACS) é institucionalizado pela história desses profissionais que vem de longa data presente na assistência à saúde da população (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011); (BORSNTEIN, 2014).

de encontro aos princípios do SUS, reverberavam suspeitas a respeito do programa. (PAIM, 2001).

Posteriormente, pela constatação de experiências exitosas em vários municípios brasileiros, essa estratégia evoluiu para uma reformulação do sistema, que se iniciava a partir de uma releitura da Atenção Primária. No ano 2000, mais municípios passaram a aderir à proposta e, com isso, houve uma ampliação da cobertura populacional pelas equipes de saúde da família no âmbito do Território Nacional. O MS passa então a perceber a importância da regionalização da atenção à saúde e edita, em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) SUS nº01, no sentido de promover a equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2001).

Embora o impacto de sua observância em âmbito nacional tenha sido muito variável, particularmente quando se comparam municípios de pequeno e grande porte, é indiscutível a importância da disseminação dos pressupostos que fundamentam essa estratégia, explicitados no texto que compõe o anexo da Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica-PNAB, que a descreve da seguinte maneira: “*A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde*”. Seu desenvolvimento é medido pelo desempenho de suas práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, caracterizado por trabalho em equipe, direcionadas a populações em áreas bem delimitadas, observando o processo dinâmico existente nos territórios em que vivem essas populações (LAVRAS, 2011).

A passagem de um programa para uma política estratégica de Atenção Primária foi um grande salto, tornando-se uma política de Estado, e a Estratégia de Saúde da Família, um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, pensar em Atenção Primária no SUS é estar imerso na ESF e enfrentar desafios. A APS/ESF é uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, dentre as outras apontamos as emergências que são as opções de muitas pessoas que buscam atendimento para resolver seu sofrimento de forma rápida. A ESF se destina a coordenar e realizar o cuidado contínuo ao usuário no seu território, oferecendo serviços integrados à rede assistencial do sistema como um todo.

O que se espera é que a APS/ESF resolva 80% dos problemas de saúde demandados pela população e acione seus serviços, e que pelo menos 3 a 5% dos casos sejam encaminhados para outros níveis de complexidade (WHO, 1978). Por conta da sua

denominação “Primária”, esse nível de atenção é interpretado, equivocadamente, como uma atenção de cuidados de menor complexidade, uma vez que se supõe lidar com problemas mais simples, os quais demandariam tecnologias menos sofisticadas e uma qualificação técnica simplificada. Por essa leitura distorcida, o trabalho na APS/ESF é diminuído no mercado de trabalho, principalmente entre a categoria médica. O que na verdade acontece por trás da desvalorização da APS/ESF são, em muitos casos, interesses corporativos e aspirações econômicas dessa classe profissional, isto é, consideram que a APS/ESF não tem remuneração atrativa mas, também, por ter entrado na medicina para ser o especialista dos especialistas e ser muito bem recompensado financeiramente (ISSA, 2013).

De acordo com Campos, para se trabalhar na APS/ESF, é preciso seguir algumas diretrizes organizacionais, como acolhimento à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade – o usuário deverá ser acolhido assim que chega com a sua necessidade. Para que isso ocorra é preciso que haja disposição e empenho, um bom diálogo, organização e preparo da equipe para amparar os mais diversos tipos de demandas, mensurando os riscos envolvidos para assegurar, com maior resolutividade possível, seu atendimento. Pensar nos recursos que a APS/ESF dispõe como visita domiciliar, diagnóstico das condições de vida da população adscrita e do território de ação, tem-se a expectativa que o processo de manejo dessas disposições seja uma conduta que vincule as pessoas, as famílias e a comunidade às equipes de saúde correspondentes e uma clínica ampliada e compartilhada⁶. Isto quer dizer que para exercer essa clínica é preciso atentar para aspectos complexos intrínsecos a essa atenção, como levar em consideração dimensões de risco biológico, subjetivos e sociais, para se elaborar um bom diagnóstico situacional. A relevância de medir aspectos dessas dimensões é a possibilidade de compreender melhor as concepções culturais ali existentes. Assim consideradas, é possível desenvolver ações compatíveis com a produção de um cuidado que facilite a construção de vínculos longitudinais entre profissionais de saúde e usuários, condição *sine qua non* para melhorar a eficácia das intervenções clínicas. Aumentar a confiança entre profissionais e usuários, expressando o quanto a clínica ampliada torna possível associar aspectos clínicos às dimensões sociais do sujeito (CAMPOS, 2006).

No seu funcionamento, há uma relação intrínseca com as tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade para resolver os problemas de saúde que surgem com maior frequência no seu âmbito. É regida pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da

⁶ De acordo com Gastão Wagner a Clínica Ampliada e Compartilhada é uma estratégia de organização do trabalho em saúde de forma ampliada e compartilhada, contendo elementos potencializadores da capacidade de análise da equipe e moduladores do movimento diagnóstico e escolha dos recursos. (CAMPOS; AMARAL, 2007).

coordenação do cuidado, da integralidade, do vínculo, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Acha relevante respeitar as singularidades do sujeito na sua complexidade e inserção sociocultural. Atua na promoção, prevenção, controle e tratamento de doenças como, também, nas estratégias de redução de danos e de sofrimentos que estejam comprometendo o andamento de uma vida saudável (LAVRAS, 2011).

Em 2006, reafirma-se o compromisso com a qualificação da gestão, a organização e fortalecimento da APS, desdobrando-se na edição Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a qual estabelece a Saúde da Família como estratégia prioritária de reorientação do modelo assistencial. A partir desse momento, sua expansão se deu por quase todas as áreas urbanas do país, experiência inédita até aquele momento. Com o aumento da extensão da cobertura assistencial foi preciso ampliar as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Por outro lado, o subfinanciamento e a infraestrutura imprópria para abrigar essa nova demanda só aumentou a dificuldade de atrair e fixar a categoria médica. A segunda edição em 2011 se deu muito em função de ajustar essas distorções. Fizeram parte desse esforço o Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM). Porém, essas iniciativas não surtiram o efeito desejado. Por exemplo, houve uma carga de responsabilidade aos municípios, principalmente financeira, precarização das relações de trabalho, da interrelação da APS com as redes de atenção, dentre muitos outros (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018).

Nos anos seguintes começa a se esboçar uma agenda nacional que apontava para uma nova reedição da PNAB. Alguns acontecimentos corroboraram para isso, como a mudança nas normas de financiamento federal do SUS, atingindo a APS. Junto a isso, em 2016 é publicada a Emenda Constitucional nº 95 que congelou os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. O discurso político do governo foi de promover a eficiência econômica, apoiando a concepção de planos de saúde populares, do mesmo modo que desregulou o setor de saúde suplementar. Em meio a esse contexto confuso, em 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS consagrou a nova PNAB. Destacam-se algumas alterações, tidas como retrocesso, que a política sofreu nessa última edição: a relativização da cobertura universal; o reposicionamento da ESF e a retomada da APS; a segmentação do Cuidado; a recomposição das equipes; e a fragilização da coordenação nacional da política (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018).

O SUS, desde a sua implantação, é apontado como um sistema que funciona de forma muito fragmentada e esse desalinhamento traz algumas fragilidades e dificuldades para enfrentar de

forma ordenada situações epidemiológicas (LAVRAS, 2011). A Organização Mundial da Saúde enfatiza a importância de se implantar sistemas integrados ou Redes de Atenção à Saúde, como mais adequado a atender às necessidades de saúde da população. O SUS, de uma maneira geral, funciona de forma episódica e reativa, cuja operacionalização se volta, principalmente, à atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. Melhor dizendo, o Brasil possui uma situação de saúde do século XXI sendo respondido por um sistema que foi desenvolvido na metade do século passado.

Porém, sair de um sistema fragmentado para um sistema integrado que opere continuamente, proativamente, e que consiga manejar as situações demandadas não é uma tarefa fácil. Para que se consiga caminhar nesse sentido, o recomendado é que ele, na sua organização, consiga funcionar em redes (MENDES, 2015). Desse modo, houve por parte do governo a decisão de implantar no País as Redes de Atenção à Saúde (RAS) – Portaria GM/MS n. 4.279/2010, na forma de redes temáticas, priorizando algumas linhas de cuidado, uma vez que a concepção de RAS acolhe e redefine os novos modelos de atenção à saúde que vão sendo experimentados e analisados quanto à sua efetividade e eficiência para o controle e acompanhamento das condições de saúde, principalmente as crônicas. De acordo com essa Portaria, as RAS são arranjos organizativos de ações para prestar atenções integrais, de qualidade e resolutiva, que atendam às reais necessidades da população, tendo em vista situações epidemiológicas predominantes e que demandem maior integração entre os serviços do sistema (MENDES, 2015)

Após a publicação dessa Portaria, cinco redes temáticas foram pactuadas como prioritárias e implantadas nas regiões do país: Rede Cegonha⁷; Rede de Urgência e Emergência (RUE)⁸; Rede de Atenção Psicossocial(RPS)⁹; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências(RCPD)¹⁰ e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas¹¹. Para que essas redes cumpram o seu papel, é imprescindível que a APS esteja organizada, coordenando o cuidado, responsável pelo fluxo do usuário nessas redes.

O território é onde todas essas questões estão amparadas e é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais. Este processo tem importantes reflexos sobre a saúde dos grupos sociais envolvidos. O território, como já definimos em capítulos anteriores, é trazido por Milton Santos como um lugar de interação entre diferentes

⁷ Por meio da Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011.

⁸ Por meio da Portaria GM/MS n. 1.600 de 7 de julho de 20.

⁹ Pela Portaria GM/MS n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

¹⁰ Pela Portaria GM/MS n. 793 de 24 de abril de 2012.

¹¹ Pela Portaria GM/MS n. 483 de 1o de abril de 2014.

grupos sociais que, apesar de compartilharem o mesmo espaço, podem apresentar diferentes modos de vida, relações de trabalho, relações com o ambiente, promover iniciativas e soluções coletivas. Também possibilita conhecer o cotidiano da vida das pessoas, suas redes de apoio, seus afetos, suas relações de vínculo e trocas de saberes. Essa inserção traz para os profissionais a possibilidade de melhor conceber o processo de saúde-doença dessa população, da mesma forma, facilita a escolha de estratégias de ação de cuidado e de ações de prevenção e de controle (BARCELLOS et al, 2002).

A delimitação de uma área de atuação da ESF compreende um dos sentidos da territorialização e não podemos negar a sua importância. Mas um grande desafio é procurar qualificar esse uso com ênfase no reconhecimento do ambiente, da população, do acesso às ações e serviços de saúde e da dinâmica social existente em cada território. Nesse sentido, a territorialização se coloca como um meio capaz de produzir mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias vigentes (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). É nesse sentido que a atuação no território busca a interlocução com as instituições locais buscando desenvolver parcerias e interação entre elas.

A ESF, acompanhada da integração com os demais níveis de atenção e as demais políticas intersetoriais, configurada por essa formação em redes, se afirma como uma perspectiva de construção de novas concepções e ações direcionadas ao modelo de atenção proposto. No entanto, sabemos que toda mudança é transitória e não se dá sem conflitos (PINTO; GIOVANELLA; 2017).

Por qual modelo de atenção transitamos hoje na ESF?

A ênfase na implantação ESF é justificada pela necessidade de substituição do modelo assistencial centrado na doença e no cuidado médico individualizado – Modelo Biomédico – por um novo Modelo Territorializado sintonizado com os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção. O indivíduo deixaria de ser visto de forma fragmentada, isolado do seu contexto familiar, social e de seus valores, e seria possível o desenvolvimento de novas “ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas” (Brasil, 2000, p.9).

O modelo programático está ligado ao que é preconizado no Relatório Flexner, que tem como foco ações normativas e verticalizadas direcionadas ao indivíduo e à doença. Queremos dizer o quanto as mudanças do currículo médico através do relatório Flexner trouxeram consequências sobre os atendimentos e ações de saúde. O relatório trazia um modelo formador que fragmentava o conhecimento do corpo humano em órgãos e sistemas, incentivando a especialização profissional e tendo como pano de fundo o alinhamento aos

interesses do complexo médico industrial. O parâmetro de cientificismo tecnológico, no qual os equipamentos e a fragmentação do ser humano em especialidades se configuraram ainda que tenha se apresentado como um avanço na saúde, trouxe algumas reflexões. O médico fica no meio entre a tecnificação da prática médica e o avanço das especializações e, ao mesmo tempo, a diversidade de problemas básicos de saúde que exige mais escuta e proximidade do paciente sem mediação de tecnologias. Esse profissional terá que ser capaz de lidar com essas duas vertentes e de atuar no sentido de melhorar a qualidade de vida e de reduzir os níveis do adoecer (NOGUEIRA, 2007).

Nessa direção, o modelo normativo – consubstanciado no modelo CENDES/OPS de Programação em Saúde (1965) – trouxe relevante contribuição para a constituição do modelo programático. O primeiro traduz os problemas pelo olhar economicista, em que a definição dos objetivos ou estratégias para atingi-las está baseada essencialmente no custo/benefício econômico. Dentro da perspectiva normativa, o planejamento busca apreender a realidade através do diagnóstico, orienta-se pela busca da verdade objetiva, científica; só há um único diagnóstico, o político é uma simples contingência (RIVERA, 1987). Já a proposição programática pressupõe a organização do trabalho baseada na incorporação sanitária, inspirado em tecnologias de base epidemiológica (NEMES, 1996). Os dados são gerais e não locais, logo, as características de um determinado território não são levadas em consideração, e os dados levantados são exclusivamente quantitativos. Interessante chamar atenção que tanto o modelo que denomino de territorializado quanto o programático têm grande apelo tanto na formação profissional como na implantação do sistema de atenção à saúde.

O modelo territorializado apresenta características como: intersetorialidade, abordagem ao indivíduo, família e comunidade, participação social, integralidade da atenção, longitudinalidade e coordenação do cuidado e o planejamento das ações a partir das necessidades locais. O que se pode vislumbrar com esse padrão de atuação é o aumento da acessibilidade e satisfação dos usuários nos cuidados de saúde, a valorização e satisfação dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados, a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados prestados, a promoção da eficiência nos serviços, a inovação dos mecanismos de governança promovendo maior autonomia as suas equipes de trabalho.

A transição entre o modelo programático e territorializado no setor saúde apresenta sérios reflexos na Estratégia de Saúde da Família. Essa transformação não se dá como uma ruptura, mas por um processo de transição, entendendo que a concretização do modelo territorializado, a partir da ESF, enfrenta alguns desafios como a formação dos profissionais de saúde que ainda reproduzem o modelo programático, as cartas de promoção de Saúde que

balizam a política de saúde e orientam suas ações, a cultura daqueles que acessam esses serviços, terceirizações da atenção à saúde e os contratos de gestão, assim como, os contextos político, econômico e social em que eles se inserem.

Discutir a transição entre esses dois modelos significa perceber aspectos característicos de cada um, identificando traços marcantes que contribuem para identificação dos dois nas ações de saúde. Dessa forma, não podemos fixar posições definidas perante os dois modelos (seja para defesa ou crítica), uma vez que estamos num lugar essencialmente heterogêneo que mistura conquistas e desafios: a possibilidade de se abdicar de uma abordagem instrumental e transcender a compreensão da saúde como direito; os cidadãos acolhidos e tratados de forma digna; garantia de informações necessárias para entendimento e apropriação dos processos de saúde–doença; e a possibilidade de maior autonomia e emancipação da participação cidadã nas políticas de saúde.

Todos esses aspectos necessitam de coordenação e articulação apropriadas de coleta de dados, produção e disponibilização de informação, de entendimento da comunicação como parte do processo de determinação social da saúde e os vínculos estabelecidos. Isso tudo sendo traduzido em sistema de informação em saúde capaz de coletar e gerar dados precisos e confiáveis, como, também, a integração de políticas como as de Humanização, de Educação Permanente e de Comunicação e Informação em Saúde. Isto significa o enfrentamento de modelos teóricos tradicionais em detrimento a um melhor alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS.

Os cuidados dispensados na APS/ESF não são simples; são complexos tanto no nível individual como no coletivo. As ações dispensadas devem promover a autonomia das pessoas, como também nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade. Entretanto, a ESF precisa de um acompanhamento longitudinal do usuário e de responsabilizar-se pela efetividade do cuidado, ainda que esse esteja sendo ofertado em outros pontos da rede. Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe, de forma que a interlocução se transforme em troca de saberes, apesar das posições desiguais de poder, para que se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos, pelos quais a equipe assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011).

O cuidado é um tema central quando pensamos em atenção à saúde, partindo do pressuposto que o que se produz essencialmente no campo da saúde é o cuidado. Sua produção se dá através de modalidades diferenciadas de profissões que compõem as equipes que atuam na ESF, que foi se configurando no percurso de sua consolidação. Desse modo, ao longo dessa trajetória, cada categoria profissional se colocou de forma distinta e

comprometida, aperfeiçoando seu modo diferenciado de capturar esse cuidado. Porém, o que há de comum entre eles é que todos estão comprometidos com a produção do cuidado, seja qual for a modalidade que esse cuidado adquiere. Logo, o cuidado é essa linha comum de sentido que perpassa todas as profissões.

De acordo com Ayres (2004) pensar em cuidado no SUS é, também, fazer a aproximação com a humanização e, conseqüentemente, com a integralidade. Essa correlação aproxima um conjunto de princípios e estratégias que devem orientar o elo entre o usuário e o profissional de saúde que presta essa atenção. Como nos traz o autor:

[...] A produção desse cuidado é, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação [...] (AYRES, 2004, p. 27).

Na produção do cuidado, afirma o autor, é absolutamente relevante o ajuste de iniciativas teóricas e práticas que relacione os cuidados individuais às questões socio-sanitárias. Essas podem estar relacionadas à realização de diagnósticos situacionais, ao planejamento de ações e monitoramento de processos. Esse tipo de abordagem pode trazer uma perspectiva de renovação na forma de conceber o cuidado (AYRES, 2004) que sempre implica em encontro entre usuários, entre usuários e profissionais e outras organizações que ampliem suas ferramentas para suportar diferentes.

De acordo com Merhy, a aproximação assistencial de um profissional de saúde junto a um usuário se realiza através do encontro entre o trabalhador e usuários, isto é, de um trabalho vivo em ato, ou seja, em momentos de encontros entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra. É nesse movimento que se cria a possibilidade intersubjetiva de permitir que falas e escutas de reivindicações diárias e formas de resistência se configurem como perspectiva de acolhimento das intenções que essas pessoas esperam desses encontros, isto é, respeito, cumplicidade, confiabilidade e esperança que, juntos, fortaleçam a construção de vínculos em prol de suas lutas e aspirações por um cotidiano de cuidado em saúde mais próximo das ambições da população (MERHY, 1998).

Conforme Feuerwerker (2016), a integralidade pode ser entendida como o cuidado que se produz adotando um conceito amplo de saúde e como a garantia de acesso a todos os serviços e ações que se façam necessários para enfrentar determinado problema de saúde. Tomar a integralidade como eixo da atenção implica considerar as necessidades de saúde

como referência para organizar os serviços e as práticas de saúde, daí a rede de cuidados (FEUERWERKER, 2016). Partimos do entendimento que a integralidade, enquanto princípio do Sistema Único de Saúde, busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural, logo, a integralidade é a construção coletiva que se expressa através do encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde (MATTOS, 2005).

Conceber todos esses olhares complementares sobre o cuidado na saúde é abrir espaço a análise sobre as ações de cuidado e seus reflexos na satisfação e emancipação do usuário, reconhecendo a amplitude e o lugar privilegiado que esse cuidado representa para se pensar as práticas de saúde.

Ao ponderar as reflexões realizadas até aqui, pensar nas atribuições dos profissionais da ESF pode trazer contribuições importantes. Sob o ponto de vista da gestão do cuidado, podemos dizer que nas ações territorializadas há o compromisso de identificar situações de risco e vulnerabilidade, de realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória; de cadastrar famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde de maneira interdisciplinar com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada. Por outro lado, é preciso, também, que o exercício do acolhimento através da escuta qualificada se desdobre em vínculos estáveis, que seu desdobramento seja o fortalecimento da autonomia do sujeito e que sua presença venha efetivar e fortalecer o controle social (BRASIL, 2020).

Além das incumbências e encargos descritos acima, o Brasil, com sua dimensão continental, diversidade cultural e diferentes realidades populacionais, modela formas específicas de atuar na ESF. Fazem parte dessa diversidade as equipes de consultório na rua, as da população Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-mato-grossense e as das unidades fluviais. A população em situação de rua deve receber atenção e cuidado por parte de todos os profissionais do SUS. No entanto, com o objetivo de oferecer maior acesso e oferta de cuidado integral, foram criadas, vinculadas à ESF, as equipes dos consultórios na rua. Estas desenvolvem ações na rua, de forma itinerante, em instalações específicas, na unidade móvel e/ou nas UBS do território, sendo que o atendimento pode ocorrer no período tanto diurno como noturno e em todos os dias da semana.

Toda essa complexidade exige que mais categorias profissionais se articulem para responder de forma mais eficiente as demandas que se apresentam. Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF-AB) são um desses grupos. Eles são formados por uma equipe

multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família. Também participam dessa articulação a rede dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Rede de Urgência e outras instituições ligadas ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Os arranjos são variados e se fazem de acordo com a necessidade e contexto locais. A interação entre as equipes é de natureza dialógica, necessita ser realizado em espaços coletivos, com pactuações éticas de funcionamento bem definidas, com garantia de sigilo. Nesses encontros, todos os assuntos devem ser tratados de forma respeitosa e democrática. As críticas devem ser acolhidas e problematizadas num aprendizado contínuo (BRASIL, 2020).

Todo esse arranjo de atendimento em equipe no cotidiano da ESF exige muita reflexão, empenho e uma disposição dos profissionais de saúde em trabalhar em equipe de forma colaborativa. Para Peduzzi (1998), a compreensão da atuação multiprofissional como uma modalidade de atuação coletiva se realiza através de um processo de mediação simbólica entre vários saberes. É fundamental entender as dinâmicas relacionais e os processos de interação entre as categorias profissionais que compõem uma mesma equipe, para que não se isolem em núcleos específicos de competência, já que seu propósito é de um cuidado integral ao usuário, o que exige aproximação, interlocução e diálogo. O que a autora nos traz é que o trabalho multiprofissional é atravessado por interações disciplinares que se entrelaçam, podendo se caracterizar pela multidisciplinaridade, pela interdisciplinaridade e pela transdisciplinaridade (PEDUZZI, 1998).

De acordo com Jupiassu (1976), a multiprofissionalidade pode ser considerada como a primeira forma de interação simultânea entre os conhecimentos disciplinares, proposta por um conjunto de disciplinas em volta de um tema, sem que se perceba uma relação direta entre elas. Porém, o autor traz algumas críticas pela falta de exploração da relação entre os conhecimentos disciplinares e a relação entre elas propriamente ditas (JUPIASSU, 1976). Para Feuerwerker e Sena (1999), o trabalho em equipe multidisciplinar implica construções de novas práticas e saberes, portanto, não se evidencia apenas por meio da interação democrática. Já para Severo e Seminotti (2010), a equipe multidisciplinar de saúde deve ser percebida como elemento facilitador de um trabalho interprofissional e interdisciplinar proporcionado pelo conjunto de saberes, de conhecimentos e de experiências trazido por cada um (SEVERO; SEMINOTTI, 2010). Para Ceccin, a interprofissionalidade:

[...] O prefixo “inter” indica “no interior de dois”, podendo ser tanto o cruzamento ou encontro de duas profissões quanto a operação pela

qual se obtém um conjunto formado pelos elementos comuns a duas ou mais profissões. A zona “inter”, entre duas ou mais profissões, é a zona daquilo que há de comum entre elas ou aquele ponto de indiscernibilidade para o qual convergem os elementos de um mesmo campo do saber, desde o qual nascem as práticas de um fazer profissionalizado. Poderíamos chamar de “competências interprofissionais” aquelas práticas de um saber “comum de dois”, evitando-se sugerir a separação ou a enunciação de uma terceira ocupação profissional a distinguir-se das primeiras cada vez que se reconhece “o comum”, uma vez que os territórios do comum também indicam novas demandas de conhecimento para as profissões em composição. Um caminho seria o restabelecimento das fronteiras evidentes de natureza profissional, isto é, a preservação e defesa dos contornos da profissão. Isso, contudo, é exatamente o que tem sido denunciado como fragmentação dos saberes e das práticas (CECCIN, 2018, p 140).

É evidente que o trabalho em equipe é um desafio; principalmente quando os profissionais pertencem a diversas áreas, a dificuldade é maior ainda. De todo modo, quando temos profissionais de várias disciplinas olhando o mesmo problema, sua compreensão tem tudo para ser mais abrangente e completa e, por conseguinte, a intervenção poderá ser mais assertiva. Todas essas modalidades de interação e compartilhamento acontecem simultaneamente nessas relações de trabalho quando vários profissionais atuam de forma conjunta por um mesmo propósito, principalmente, quando se está inserido num contexto profissional onde se fomenta o trabalho colaborativo.

Estudos demonstram que existem evidências relacionadas com a deficiência na formação profissional e no trabalho multiprofissional dos profissionais de saúde na ESF. Essas evidências denunciam um déficit no processo formativo na graduação, no que diz respeito ao trabalho em equipe. Os desafios que se colocam para os profissionais do NASF e da equipe da ESF, por exemplo, é o trabalho em equipe. A natureza desse trabalho é de natureza dialógica e de interlocução, dessa forma, necessita ser realizado em espaços coletivos, com pactuações éticas de funcionamento bem definidas, com garantia de sigilo. Nesses encontros, todos os assuntos devem ser tratados de forma respeitosa e democrática. As críticas devem ser acolhidas e problematizadas num aprendizado contínuo de lidar com as disputas pela predominância de um dos sentidos circulantes (FERLA; TOASSI, 2017).

Trazemos alguns exemplos de propostas e ferramentas previstas no processo de trabalho na ESF que exigem a atuação em equipe multiprofissional:

- Apoio Matricial: é compreendido como uma tecnologia de gestão que se integra ao processo de trabalho da equipe da Estratégia, com a intenção de mudar o padrão de responsabilização de atividades e procedimentos. O apoio matricial se caracteriza pela

assistência responsável por produzir ação clínica direta com os usuários, caracterizada pela ação técnico-pedagógica, produzindo apoio educativo com e para a equipe.

- **Clínica Ampliada:** a proposta de Clínica Ampliada diz respeito a todos os profissionais que fazem clínica, isto é, os profissionais de saúde atuam diretamente na atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, traz o olhar específico do seu núcleo profissional. Esta ampliação clínica promove os ajustes necessários aos recortes teóricos de cada profissão na atuação multiprofissional às solicitações demandadas pelo usuário. A discussão em equipe de casos clínicos, principalmente os mais complexos, é um recurso tanto clínico quanto gerencial para nortear de forma mais adequada as ações de saúde que serão prescritas para cada caso. A existência desse espaço de construção da clínica é indispensável para se conceber um bom apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF.

- **Projeto Terapêutico Singular (PTS):** trata-se de um conjunto de orientações de intervenções terapêuticas direcionada para uma pessoa ou um grupo de pessoas, previamente discutida por uma equipe multidisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente ele é requerido quando a situação de atenção demandada se apresenta de forma muito complexa. Nesse caso, a equipe promove uma discussão coletiva do caso, analisa a situação pelo compartilhamento de opiniões e saberes, e tenta elaborar propostas que melhor se ajustem à demanda de cuidado solicitada. É uma proposta estratégica das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde num território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, caracterizando uma ação intersetorial, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades. A primeira iniciativa deve ser pela identificação da área ou população vulnerável ou em risco que a equipe vai avaliar sua prioridade. Essa apreciação pode se dar a partir da avaliação de um caso clínico importante ou de alguma outra situação que tenha chamado atenção da equipe como, por exemplo, marcas no corpo que podem se caracterizar como indícios de violência doméstica. Fazem parte do universo a promoção da saúde, a participação social e a criação de espaços coletivos de discussão. É no espaço coletivo que a comunidade, suas lideranças e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território podem se fazer ouvir, dar opinião, disputar pontos de vista, estabelecer responsabilidades, avaliar e pactuar o projeto de saúde mais adequado às reivindicações de saúde propostas pela coletividade. O PST reivindica, na sua essência, a integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e à promoção da saúde.

- **Projeto Saúde no Território (PST):** é uma proposta estratégica das equipes de SF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde num território,

articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, caracterizando uma ação intersetorial, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades. A primeira iniciativa deve ser pela identificação da área ou população vulnerável ou em risco, que a equipe vai avaliar sua prioridade. Essa apreciação pode se dar a partir da avaliação de um caso clínico importante ou de alguma outra situação que tenha chamado atenção da equipe como, por exemplo, marcas no corpo que podem se caracterizar como indícios de violência doméstica. Fazem parte desse universo a promoção da saúde, a participação social e a criação de espaços coletivos de discussão. É no espaço coletivo que a comunidade, suas lideranças e membros de outras políticas e/ou serviços públicos presentes no território, pode se fazer ouvir, dar opinião, disputar pontos de vista, estabelecer responsabilidades, avaliar, encaminhar e pactuar o projeto de saúde mais adequado às reivindicações de saúde propostas pela coletividade. O PST reivindica, na sua essência, a integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e à promoção da saúde.

- Programa Saúde na Escola (PSE) é um programa que tem por objetivo a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, na parceria entre as escolas e as UBS. As atividades são realizadas pelas equipes de saúde e a escola de forma integrada. Tem entre suas funções a avaliação clínica e psicossocial dos alunos da escola, o trabalho de prevenção e controle de agravos, a promoção da saúde ambiental e o desenvolvimento sustentável. Promove a cultura de paz e prevenção das violências, a alimentação saudável e o estímulo às práticas corporais e atividades físicas dos alunos na escola, além da educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, isso é, um trabalho multiprofissional intersetorial.

Todos os processos de ação na ESF aqui descritos – de oferta de cuidado integral, de formação de redes, de atuação no território, de trabalho em equipe nas suas modalidades, de construção de vínculo, de participação social, de ações de promoção da saúde – são dependentes de processos comunicacionais. A comunicação é o elemento central dessas interações e articulações. Para que as atribuições da APS/ ESF aconteçam é imprescindível que se considere os processos comunicacionais que atravessam todo o seu funcionamento.

3.2 O PAPEL FORMADOR DA ATENÇÃO PRIMARIA À SAÚDE

Foi com a promulgação da Constituição de 1988 que a formação dos profissionais de saúde se colocou oficialmente em curso. Pela primeira vez no seu texto, estabelecido no inciso III do Artigo 200, ficou definido que é da competência do SUS ordenar a formação dos seus recursos humanos. Na regulamentação para o segmento, foi publicada a Norma

Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS¹². Nela é designado que tal ordenamento deve atender às prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País. Também recoloca a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos de assistência e a regulação das relações de trabalho.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, além de um marco para democratização da saúde, foi também um momento fundador para inscrever a comunicação na agenda do novo projeto de saúde, em termos bastante diferentes daqueles praticados anteriormente, seja no âmbito do sanitarismo-campanhista, dos programas verticalizados, das experiências de participação regulada e restrita, ou do modelo médico-assistencial privatista (PITTA, 1995; CARDOSO, 2001). Recomendou que a Comissão de Comunicação e Informação em Saúde do CNS trabalhasse de forma intersetorial, e que fossem criadas comissões de comunicação, informação e informática em saúde nos conselhos estaduais e municipais (STEDILE; GUIMARÃES; FREIRE, 2015). Na 10ª Conferência, realizada em 1996, no seu relatório final constou a diretriz de paridade da representação dos usuários nos conselhos e conferências, sugerindo a constituição de fóruns ampliados para que, anualmente, em todas as instâncias do governo, apreciar o “processo de implantação do SUS, a efetivação das deliberações das últimas Conferências e ainda propor temáticas pertinentes para as próximas” (ESCOREL, 2005). Na 12ª, num dos eixos do relatório final, houve o destaque sobre Informação e Comunicação e Saúde: o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério de Saúde definirão estratégias para maior visibilidade do SUS; reforçar a democratização da informação e da comunicação; garantir nas três esferas a contabilização, interface e modernização dos sistemas de informação e de comunicação e saúde e realizar em 2005 a 1ª Conferência Nacional de Informação, Comunicação e Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2003). A 13ª reforçou o apoio aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo a integralidade da saúde um ponto importante de discussão, contemplando temas intersetoriais e interdisciplinares (BRASIL, 2002). A 14ª apresentou propostas para mudanças organizacionais cujas premissas foram focadas na melhoria no atendimento dos serviços de saúde do SUS e aponta a relevância do processo de fortalecimento dos conselhos de saúde e a necessidade de integrar o

¹² NOB/RH - SUS: A Norma Operacional Básica de RH para o SUS abrangerá a gestão e a gerência de todos os trabalhadores que participam do processo de trabalho no SUS, desenvolvidos pelos órgãos gestores e executores de ações e serviços de saúde das três esferas de governo (administração pública direta, indireta, incluindo os consórcios intermunicipais de saúde e os trabalhadores dos órgãos públicos de ensino e pesquisa na área da saúde), e norteará a gestão e a gerência dos trabalhadores das entidades privadas (filantrópicas e lucrativas), prestadoras de serviços de saúde ao SUS.

cidadão no controle social, como também a necessidade de investir na valorização dos trabalhadores do SUS, na infraestrutura e na qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2011). Como a última Conferência realizada, tivemos a 16ª Conferência com temática Democracia e Saúde que, inspirada na 8ª Conferência, enfatizou a luta em defesa da vida e do Direito à Saúde, a consolidação dos Princípios do SUS e o financiamento adequado e suficiente para o SUS, e firma um processo de resistência à uma série de retrocessos instaurados no projeto político das políticas sociais e de saúde do momento. As Conferências não são apenas eventos, mas etapas de um processo contínuo de aperfeiçoamento, fortalecimento e consolidação da Política Nacional de Saúde - SUS. O atual momento político nacional não permite que nos tornemos inertes ao movimento de mobilização pela manutenção de seus Princípios e Diretrizes, doutrinários e organizativos, cuja força originária se deu através de um grande processo de participação popular na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ainda mais num momento de uma grande investida de desmonte de conquistas adquiridas por muita luta ao longo desses 30 anos de existência do SUS.

Porém, durante todo esse percurso, a necessidade de reconfiguração do modelo assistencial expressada pela Atenção Primária à Saúde, através da ESF, possibilitou a abertura de espaço para se repensarem os processos formativos na área da saúde, se tornando tema relevante para o SUS. Em várias convenções sobre a formação de saúde no Brasil, discutiu-se que a graduação poderia promover uma formação geral contextualizada e que seus egressos pudessem ser reconhecidos e absorvidos como trabalhadores do sistema de saúde. Nessa perspectiva, seria indispensável diversificar os cenários de ensino-aprendizagem, isto é, os hospitais não seriam mais a única possibilidade de exercício da prática, a APS seria, então, incluída como um novo campo para o exercício da prática profissional (FEUERWERKER, 1998).

Desde a edição em 2001 das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as graduações em saúde, a APS foi o cenário propício para se exercitar a diversidade de estratégias de formação e interligar as graduações em saúde as políticas de saúde (ALMEIDA, 2003). Nesse sentido, as orientações contidas nessas diretrizes contribuíram com o Ministério da Saúde para promover essa aproximação e propiciar algumas mudanças no perfil desses novos profissionais de saúde (CARVALHO, CECCIM, 2006). A integralidade e a educação permanente foram conceitos utilizados por esses novos programas para provocar indagações, não somente nas graduações, mas também nas pós-graduações, a respeito de como as residências e mestrados profissionais com ênfase na saúde da família integravam essas duas

concepções nas suas formações (FEURWERKER & CAPOZZOLO, 2013; FEUWERKER, 2014).

As discussões em torno das mudanças na formação em saúde vêm se colocando há pelo menos três décadas. No final de 2003, o Ministério da Saúde promoveu várias políticas para incentivar mudanças na formação em saúde, de modo que os princípios e diretrizes do SUS fossem alcançados e se colocassem como determinantes na formulação da política, admitindo estratégias didático-pedagógicas problematizadoras, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes (FEUERWERKER, 2002).

Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde (Brasil, 2003). Essa política procurava fortalecer a aproximação entre os sistemas de saúde e de ensino e, para esse fim, elaborou o programa Aprender SUS, que vinha com o desígnio de estreitar a cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior, e o Ver SUS, que tem como objetivo proporcionar aos estudantes experiência da prática na realidade do SUS, de maneira que conseguissem perceber as potencialidades e necessidades do sistema, como também problematizar o trabalho em equipe, a gestão, a atenção, a educação e o controle social organizado de diferentes formas nas várias regiões do país (CECCIM; BIBLIO, 2002).

Várias outras iniciativas do setor trabalharam no sentido de expandir o pensamento crítico, incentivando o movimento por mudanças no processo de formação. Exemplos dessa expansão foram os Programas de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, dentre outros que se alinham nessa direção, promovendo a movimentação de pessoas e instituições no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços do SUS (CECCIM; FEUERWERKKER, 2004b).

Em 2005, surge o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, que marca o pacto intersetorial entre os ministérios da Saúde e da Educação. Esse programa traz como questão central a educação permanente dos profissionais da área da saúde, no sentido de substituir o modelo tradicional de cuidado em saúde, centrado no atendimento hospitalar e na doença, para um modelo mais humanizado, tendo como foco as ações de prevenção (BRASIL, 2005). Esse programa, então, se configurou como integrador do ensino-serviço, reorientando a formação profissional e assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na APS.

O Programa de Educação para o Trabalho – Pet-Saúde – vem com uma abordagem mais ampla, centrado mais nas pesquisas do que nas práticas de cuidado. Envolve trabalhadores das unidades, estudantes e professores. Os Pet-Saúde Mental e o Pet-Redes têm contribuído para a ampliação do cuidado em saúde, agregando a família, potencializando o aperfeiçoamento profissional como, também, a melhoria da assistência em Saúde Mental e da própria formação (BRASIL, 2007, 2008, 2010).

O governo da presidente Dilma Rousseff propôs o Programa Mais Médicos – PMM – instituído com o propósito de resolver, de forma emergencial, a questão da falta de médicos na APS e de fixar e formar médicos no SUS. Instituído pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, com o objetivo de amenizar os problemas da APS no SUS, investindo em medidas para intervir na formação, na estrutura e no provimento de médicos nos serviços de APS. A ideia era promover a vinda de médicos estrangeiros para atuar na Atenção Primária, propondo ações e ampliando acesso e o fortalecimento da APS, recomendando, também, ações estruturantes para o SUS, trabalhando nos seguintes eixos: ampliação e melhoria da infraestrutura de unidades de saúde; provimento emergencial de médicos para áreas desassistidas; e formação de recursos humanos para o SUS. Mas, infelizmente, o programa foi desativado pelo atual Governo Federal substituindo-o pelo programa Médicos Pelo Brasil em agosto de 2019, que recebeu muitas críticas, por entender que ele promove a hegemonia da categoria médica, a eliminação da participação social e flexibilização das leis trabalhistas na gestão pública.

Dentro do exposto, fica claro que nas últimas décadas a mudança na formação acadêmica de estudantes e professores do campo da saúde vem acontecendo lentamente, haja vista as diversas diretrizes políticas dos campos envolvidos que, em algumas gestões, facilitam e em outras obstruem os avanços, como estamos vivenciando no momento no atual governo.

Para atender às necessidades do modelo assistencial na saúde, as unidades formadoras, como as universidades, têm a responsabilidade de formar profissionais capazes de acompanhar e desenvolver um olhar crítico-reflexivo que possibilite responder às demandas dessa assistência e a transformação das práticas, considerando a resolutividade e a qualidade dos serviços prestados à população. Para tanto, é preciso não só da atualização constante de conhecimento clínico mas, também, na habilidade de mediação e negociação dos diversos tensionamentos e enfrentamentos das vivências da prática profissional, característico desse perfil de trabalho (NAMEN; GALAN; CABREIRA, 2007).

Ceccim e Pinto afirmam que a formação e o exercício profissional precisam ser concebidos de forma mais consistente com o processo de desenvolvimento de sistemas de saúde. A formação, na sua dinamicidade, necessita de espaço nos serviços, de avaliações e desenvolvimento de tecnologias do cuidado e da assistência, capacidade crítica e reflexiva e sensibilidades. A rede de sistemas e serviços de saúde produz cenários de práticas, perspectivas de intervenção, demandas locais, discursos, suporte científico e tecnológico, inclusão e participação social e uma maior chance de assimilação da vida (CECCIM, PINTO, 2007). Nessa relação ensino-serviço, o processo formativo na área da saúde vem constantemente passando por modificações conceituais, estruturais e organizacionais, no esforço de atender a integralidade do cuidado e superar a fragmentação do saber e da realidade, instituída e disseminada pelo modelo tradicional de ensino. No âmbito do ensino, a formação em saúde está, constantemente, submetida a processos de avaliação e reavaliação, fazendo parte das pautas das reuniões de articulação entre o sistema educacional e de saúde no Brasil. Todavia, ainda hoje os avanços não foram muitos.

Em todo esse universo de complexidades, as instituições formadoras, em seus campos de saber, tentam superar as fronteiras tênues entre suas disciplinas e o desafio delas serem capazes de dialogar com todas as formas de conhecimento, e ampliar sua capacidade de explicação. Percebem que a comunicação é central nesse universo. A pluralidade de olhares, lugares de fala e dos discursos provenientes das aproximações e ou distanciamentos da saúde com a população nas formas de cuidar exemplificam essa aproximação. Por outro lado, pode se tornar possível perceber com mais facilidade os sentidos advindos dos atos de quem cuidam e dos que são cuidados. Não só de agravos importantes, mas de dimensões de muitas outras dores que ultrapassam os modelos prescritivos formais de condutas de cuidado (FEURWERKER, 2003).

De acordo com a minha experiência na formação da RMSF, há necessidade de uma formação que valorize não apenas o conhecimento especializado, isto é, a dimensão técnica, mas uma melhor compreensão do processo de interlocução para a troca de saberes das várias dimensões do cuidado. Mas, para isso, é imprescindível reconhecer a importância do trabalho em equipe dialogado onde, mais uma vez, aparece a importância da escuta qualificada que contemple os contextos familiares. Consideram o quão importante é reconhecer que o diálogo entre o profissional de saúde e a população são marcados, fortemente, por relações de poder. Apesar da luta permanente para se ter espaço para questionar os parâmetros regulatórios da formação de profissionais de saúde, ainda estamos aquém de atender às diversidades e complexidades apresentadas no contexto da atenção da ESF.

As graduações em saúde, as residências em medicina de família e comunidade e em área profissional em saúde, além das multiprofissionais em saúde da família, têm se caracterizado como responsáveis pela requalificação e desenvolvimento de habilidades e competências profissionais. Elas estão sendo capazes de certificar a prestação da assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população como preconiza o SUS (NÚÑES; RAMALHO, 2004). As residências apresentam uma grande vantagem por estarem diretamente inseridas dentro das equipes e dos serviços, possibilitando a interferência questionadora no modo de funcionar das unidades. Desse modo, vencer as limitações tanto estruturais quanto de capital humano são investimentos imprescindíveis para dar a sustentabilidade do SUS.

É possível reconhecer no SUS fragilidades basilares decorrentes do subfinanciamento, do processo de descentralização, da depreciação da infraestrutura de diferentes níveis de atenção, das dificuldades de fixação de profissionais de saúde, da precarização do trabalho e o baixo investimento em educação permanente. Essas são demandas importantes que aceleram a necessidade de se readequar do funcionamento do SUS para responder a demandas do dia a dia do fluxo do trabalho e da vida das pessoas.

3.2.1 As Residências em Saúde na ESF

Como já citamos anteriormente, a partir da promulgação da constituição de 1988 coube ao SUS ordenar a formação dos recursos humanos na saúde. As primeiras residências eram direcionadas exclusivamente à categoria médica, cuja formalização se deu pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 (BRASIL, 1977).

As residências multiprofissionais em saúde e em área profissional da saúde, existentes desde 1975, tiveram sua regulamentação em 2005, com a Lei nº 11.129. São orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades loco-regionais, e abrangem as profissões da área da saúde. A Resolução CNS nº 287/1998 homologa as seguintes categorias profissionais, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. São destinadas prioritariamente aos jovens recém-graduados na educação superior e têm como perspectiva a cooperação intersetorial entre saúde e educação (órgãos responsáveis por essa formação) promovendo mais qualificação desses profissionais para o mercado de trabalho, principalmente para o SUS. Da mesma forma, pretendem constituir estratégias atraentes para fixação de profissionais em diversas frentes de ação em regiões reconhecidas como

prioritárias de acesso ao SUS (BRASIL, 2005). Sendo formação em serviço, devem atender ao mundo das práticas, por isso, é difícil recortar cada profissão em um fazer corporativo centrado.

Ceccim chama atenção sobre a denominação e conceito de área profissional. Rompendo com a tradição da residência médica restrita a graduandos em medicina¹³, as residências em área profissional de saúde “*se organizam por campos da intervenção assistencial ou gerencial e acompanham o desenho das políticas nacionais de saúde, sem excluir a condição de especialidade similar àquela da corporação médica*” (CECCIM, 2020). Como já mencionamos anteriormente, a inovação do modelo de assistência promovido pela ESF traz como novidade ações de cuidado territorializadas que vão exigir uma conexão ativa e acolhedora dos profissionais de saúde com o contexto do dia a dia das pessoas, de forma individual e coletiva, no lugar e onde elas vivem. O objetivo de um Programa de Residência é formar profissionais de saúde para o planejamento, a gestão e a clínica, e que esse conhecimento esteja alinhado aos princípios da estratégia e incorporado as suas práticas (ROSSONI et al., 1999; ROSSONI; FARIAS, 2002). Desse modo, esse cenário traz a necessidade de repensar a formação dos profissionais do SUS. Nessa perspectiva, a concepção de uma lógica multiprofissional e interdisciplinar ratifica a pesquisa por práticas de cuidado de uma atenção integral (TEIXEIRA; CARVALHO; CECCIM, 2020).

Uma vez a residência regulamentada, profissionais representantes de funções estratégicas dessa formação como residentes, preceptores, tutores e coordenadores de programas, se mobilizaram para definir os marcos pedagógicos, políticos e conceituais que definiriam e qualificariam essa nova proposta de formação para o SUS (TEIXEIRA; CARVALHO; CECCIM, 2020).

Nos anos seguintes, acontecimentos importantes marcaram a trajetória das Residências. No ano de 2007 é sancionada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45 de 12 de janeiro (BRASIL, 2007), que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, estabelecendo sua composição e diretrizes. Sua construção foi realizada de forma participativa em virtude das deliberações da plenária do II Seminário Nacional de Residência ocorrido durante o encontro da ABRASCO no Rio de Janeiro. Dois anos depois ela foi revogada e substituída pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1077 de 12 de novembro 2009, que retirou da composição da CNRMS a representação de

¹³ Reconhecida pelo Conselho Nacional de Medicina, Associação Médica Brasileira e Associação Brasileira de Educação Médica.

coordenadores, residentes, preceptores e tutores, promovendo muitas inquietações pelo seu ato arbitrário (TEIXEIRA; CARVALHO; CECCIM, 2020).

Em 2014, a plenária da CNRMS foi restaurada pela Portaria Interministerial MEC/ MS nº 34, de 10 de abril de 2014, e a composição dos seus membros restabelecida, faltando, nesse momento, apenas a incorporação dos tutores e preceptores. Com a constituição da nova CNRMS, uma grande dinâmica se estabeleceu proporcionando encontros, seminários e discussões, promovendo a formulação da nova Política Nacional para as Residências em Área Profissional da Saúde (PNRMS) (TEIXEIRA; CARVALHO; CECCIM, 2020).

Mas a luta para restabelecer a sua composição e diretrizes fez com que a CNSMS se mantivesse em estado de mobilização entre seus pares, no sentido de restaurar sua constituição originária, já que a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1077 os havia excluído da participação dos fóruns, os quais representam espaços importantes de atualização e debate sobre temas e caminhos pertinentes às Residências. Dessa forma, a plenária da CNRMS foi restaurada pela Portaria Interministerial MEC/ MS nº 34, de 10 de abril de 2014 (BRASIL, 2014b), e seus coordenadores e residentes foram novamente incluídos. Contudo, ainda se fazia necessário um empenho na negociação para que os tutores e preceptores fossem incorporados ao arcabouço legal, que se concretizou com a publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22 de dezembro de 2014 (BRASIL, 2014c). Com o restabelecimento da CNRMS, os resultados das discussões provenientes de seminários nacionais, encontros e cartas abertas vêm subsidiando a formulação da nova proposta da Política Nacional para Residências em área Profissional da Saúde (CARVALHO; LAGO, 2020).

3.2.2 A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), criado em 2005, em parceria com o município do Rio de Janeiro, foi pensado com a intenção de aprimorar a gestão da Atenção Primária e qualificar os profissionais de saúde para dar impulso ao projeto de ampliação do Programa de Saúde da Família, que se encontrava à época com cobertura de apenas 3,29%. Inicialmente, a intenção de implantar esse programa foi de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e cumprir com o princípio da equidade aos cidadãos. Os primeiros investimentos foram dirigidos as zonas rurais e áreas periféricas consideradas as menos assistidas e as mais vulneráveis. Durante esse processo, reuniu muita experiência no interior do país e pouca nos grandes centros urbanos, que apresenta algumas

especificidades como o adensamento demográfico com alto grau de vulnerabilidade e violência social (BRASIL, 2005; CARVALHO; LAGO, 2020).

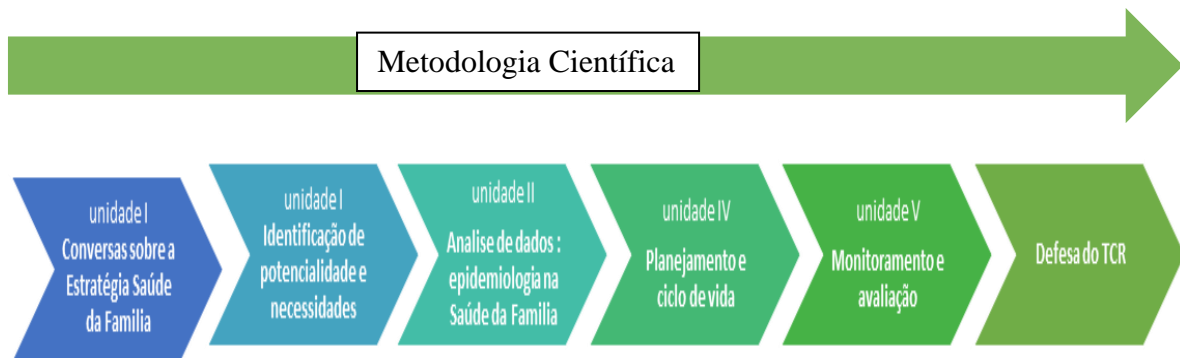
Mas foi por uma confluência de fatores que a proposta foi adiante, como o processo de reformulação pedagógica dos cursos da ENSP e o interesse do grupo de Apoio Técnico (GAT) da área Programática 3.1 da prefeitura do Rio de Janeiro em fazer uma parceria com a Escola para qualificar a rede municipal de saúde por meio da educação permanente. À ENSP interessava essa formação, pois sendo um órgão formador do sistema público de saúde tem a missão e compromisso com programas de formação para o SUS. Nesse contexto, então, nasce a proposta de formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP (CARVALHO; LAGO, 2020).

A construção desse processo se deu através da interlocução entre os atores envolvidos: pesquisadores da ENSP e profissionais da prefeitura. Uma programação de um ciclo de oficinas foi estabelecida e trabalhadores do PSF foram convidados a participar para discutir e identificar as competências – atributos, habilidades e atitudes – imprescindíveis aos profissionais da saúde da família para se inserirem nessa proposta de cuidado urbano. O efeito disso foi a produção de uma proposta curricular e a identificação de categorias profissionais para além da equipe mínima, sendo indicadas Psicologia, Serviço Social e Nutrição que, depois de dias de discussão, foram apontadas como necessárias para que a proposta atingisse seu objetivo (CARVALHO; LAGO, 2020).

O programa teve seu início como curso de especialização nos moldes da residência, definida como modalidade de pós-graduação lato sensu caracterizada pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados (preceptores e tutores), em regime de dedicação exclusiva. Lançou um edital oferecendo 21 vagas e funciona em instituições de saúde oferecendo 21 vagas distribuídas pelas seguintes categorias: 5 para enfermeiros, 5 para médicos, 5 para cirurgiões-dentistas, 4 para nutricionistas, 4 para psicólogos e 3 para assistentes sociais (CARVALHO; LAGO, 2020; BRASIL, 2006).

Para dar solidez ao Projeto Político-Pedagógico, ele foi delineado a partir de alguns pontos determinantes: Currículo baseado em competências profissionais, Problemática da Realidade, Integração formação-trabalho, Processo ensino-aprendizagem centrado no aluno, Unidades de aprendizagens que propiciassem competências profissionais, que fossem sequenciais e complementares, fechando o ciclo de competências identificadas nas discussões das oficinas e Profissional reflexivo, além disso, a lógica de aprendizagem é construída por unidades de aprendizagens (CARVALHO; LAGO, 2020).

Figura 2: Representação Gráfica do Projeto político Pedagógico da RMSF/ENSP



Fonte: Reproduzido de LAGO, CARVALHO e ARAÚJO(2020, p. 87).



Abaixo estão os objetivos e produtos desenvolvidos em cada unidade, conforme Lago, Carvalho e Araújo (2020).

Unidade de Aprendizagem I - Conversas sobre a ESF

Objetivos:

- Conhecer o processo histórico da Saúde Pública.
- Analisar os pressupostos e atributos da ESF.
- Conhecer o exercício das categorias profissionais da Residência na construção da Integralidade do cuidado.
- Promover a reflexão a reflexão sobre a relação multiprofissional e a prática interprofissional nas ações da integralidade do cuidado na APS.

Produtos a serem desenvolvidos na UA I: Seminário de categorias, visitas técnicas aos cenários de práticas e construção do mapa conceitual da UA.

Unidade de Aprendizagem II - Identificação de potencialidades e necessidades dos territórios

Objetivos:

- Realizar a ambientação pedagógica proposta pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro nas clínicas onde se configuram os cenários de prática da Residência.
- Discutir os principais conceitos e abordagens da APS.

- Caracterizar a ESF e sua relação com as demais políticas públicas de atenção básica.
- Identificar o espaço de atuação das equipes da ESF nos diferentes espaços de organização da atenção básica.
- Conceituar a família na sociedade contemporânea brasileira, enfatizando sua importância na produção do autocuidado.
- Problematicar o conceito e a prática de vigilância em saúde. Compreender os fatores determinantes do processo saúde-doença-cuidado no âmbito da Promoção da Saúde
- Conceituar risco e vulnerabilidade social.
- Trabalhar o conceito de necessidade e identificar as necessidades relacionadas à saúde e ao ambiente, considerando a questão da desigualdade social.
- Analisar os recursos disponíveis para comunicação e saúde em nível local.

Produto a ser desenvolvido na UA II: Diagnóstico Situacional Participativo.

Unidade de Aprendizagem III – Análise de dados

Objetivos:

- Compreender a importância da Epidemiologia para subsidiar o planejamento e avaliação de políticas públicas de saúde a partir da abordagem das causas estruturais dos eventos sanitários.
- Experimentar uma Epidemiologia voltada para os processos de trabalho (aritmética dos temas geradores), que tenta se inserir nas rotinas, coerente com a ideia de Educação Permanente.
- Uma Epidemiologia Paisagística que busca aproximar-se dos princípios e diretrizes do SUS.
- Busca desenvolver a compreensão dos fundamentos teóricos da Epidemiologia e dos métodos epidemiológicos, tais como: desenvolver a compreensão da dinâmica do processo saúde-doença no âmbito coletivo e das relações entre saúde e organização social.
- Desenvolver competências para a construção e interpretação dos principais indicadores (de saúde, demográficos e sociais) de interesse para a estruturação, gestão e operação do SUS.
- Desenvolver competências para a compreensão (crítica) de estudos epidemiológicos publicados em periódicos científicos.

Produtos a serem desenvolvidos na UA III: Produção de indicadores aplicados às questões epidemiológicas; estudo ecológico; inquérito epidemiológico e mapa conceitual da Unidade.

Unidade de Aprendizagem IV - Planejamento e Gestão do Cuidado na Atenção Básica

Objetivos:

- Conhecer, discutir e aplicar conceitos e lógicas do planejamento em saúde e seus usos na atenção básica; aprofundar os conceitos de gestão e organização de redes de atenção considerando as diretrizes da atenção básica.
- Reconhecer e problematizar as características do processo de trabalho nas equipes de saúde da família; discutir princípios, perspectivas e estratégias da gestão do cuidado considerando o trabalho em equipe multiprofissional e aprofundar a discussão das clínicas multiprofissionais na atenção básica e atuar de forma interprofissional.

Produtos a serem desenvolvidos no UA IV: Familiograma de famílias complexas, Projeto Terapêutico Singular (PTS) de uma família de alta complexidade, planejamento estratégico das ações junto com os gerentes e, preceptores e mapa conceitual.

Unidade de Aprendizagem V – Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica

Objetivos:

- Operacionalizar uma prática pedagógica que propicie reflexão sobre a importância da avaliação em saúde para o fortalecimento do SUS.
- Oferecer aos seus participantes conteúdos e habilidades técnicas que os capacitem para iniciar a institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação no âmbito da atenção básica.

Produtos a serem desenvolvidos na UA V: Monitoramento e avaliação, elaboração do modelo lógico e mapa conceitual.

O sequenciamento e a complementaridade dos conteúdos das UA expressam a consistência do projeto pedagógico e traduzem o percurso de um projeto cuidadoso apontado para o desenvolvimento intelectual, o aperfeiçoamento do conhecimento, a manifestação de sentimentos, ao respeito das manifestações individuais e coletivas, a criatividade, o trabalho em equipe multiprofissional, o vínculo, a reflexão crítica e autocrítica do processo teórico prático e muitos outros vividos e instituídos nesse processo emancipatório ao longo de todo esse período.

4. METODOLOGIA

A pesquisa utilizou a Semiologia dos Discursos Sociais, proposta por Milton Pinto (1999). Segundo o autor, a Análise de Discursos é uma prática sobre produtos culturais empíricos, reconhecidos como textos, isto é, como formas empíricas do uso da linguagem verbal oral ou escrita, ou outros sistemas semióticos existentes nos discursos. Assim considerados, a Análise possibilita identificar o uso de uma infinidade de linguagens conferidas nas práticas sociais. E mostram a dimensão das relações ideológicas e de poder que podem ser identificadas nesses discursos, na sociedade, produzindo determinados efeitos de sentidos, levando-se em conta algumas regras e convenções socioculturais, de acordo com os seus respectivos contextos (PINTO, 1999).

Essa Semiologia aproxima duas linhas tradicionais da análise de discursos: a linha francesa e a anglo-americana. A primeira importa o pensamento de Louis Althusser, que acredita na função das ideologias como características da produção e reprodução dos sentidos sociais. Define os discursos não só como práticas sociais determinadas pelo contexto sócio-histórico, mas como essencialmente parte dele. A segunda, originária da Inglaterra e enraizada nos Estados Unidos, absorveu princípios da Sociologia, da Psicologia e da Etnologia, e se atém mais ao empirismo e aos conceitos da Psicologia do Consciente. Suas bases de análise estão montadas nos seguintes argumentos: entende a Comunicação como uma interação entre indivíduos e toda a fala é uma forma de ação, sendo esta atribuída somente ao indivíduo (PINTO, 1999).

A semiologia dos Discursos Sociais representa a terceira geração da Semiologia, ciência dos signos cujos fundamentos surgem pelo linguista Ferdinand de Saussure¹⁴ no início do século XX e que teve sua evolução a partir da década de 40 com as pesquisas de Troubetzkoy, Buysens, Martinet e Prieto (RIBEIRO, 1995).

Porém, foi, de fato, Roland Barthes quem configurou a chamada Semiologia de Segunda Geração, também denominada Semiologia da Significação, com a sua obra *Mitologias*, explicando o conceito de “sistema de signos”. Com ele, Barthes analisou os mitos

¹⁴ Ferdinand de Saussure (1857-1913) foi um importante linguista suíço, estudioso das línguas indo-europeias. Foi considerado o fundador da Linguística como ciência moderna. A Semiologia dos Discursos Sociais – SDS – traz, na sua raiz genealógica para a identificação dos códigos de sua matriz, metaforizando com a genética, sua primeira geração modelar – a Semiologia da Comunicação – cuja orientação foi estabelecida pela Linguística Estrutural, de Ferdinand de Saussure, a partir do Curso de Linguística Geral no início do século XX. O Estruturalismo é uma vertente das Ciências Sociais que esteve muito em evidência nos anos 40 até os anos 60. Tinha como objetivo trabalhar, nessa área das Ciências Humanas, os princípios rígidos e fechados das Ciências da Natureza, levando para dentro das disciplinas dessa área o reconhecimento de uma legitimidade científica, tão desejada por um contingente enorme de intelectuais que militavam nesse campo (LOPES, 2004)

contemporâneos da Comunicação de Massa e construiu as bases para uma análise de discursos. Objetivamente, essa obra cindiu-se em duas partes: a primeira reúne uma compilação de artigos publicados na Imprensa francesa acerca de vários assuntos, buscando sempre trazer reflexões sobre as suas conotações e suas implicações ideológicas. A segunda apresenta a sua teoria sobre o mito com base na Semiologia, vista por ele como “a ciência das formas”, a ciência que estuda a significação, independentemente de seu conteúdo (BARTHES, 1999). Também nesse livro, ele faz a reflexão sobre “significante” e “significado” e propõe um terceiro termo, o “signo”. Para ele o significante é inexpressivo, é vazio. Só quando um dado objeto se estabelece com um significado e excita um sentido é que se transforma em signo. Desse modo, o signo é o que conecta significado e significante, é a completude associativa de um conceito e uma imagem. O signo é a fonte desencadeadora de sentidos.

Todavia, na obra *Elementos da Semiologia*, Barthes aprofunda sua teoria e apresenta o que seria uma visão ampliada dos estudos sobre a Semiologia. Numa publicação nascida de cursos ministrados por ele na Escola Prática de Estudos Superiores, em Paris, ele parte da premissa que “o mundo dos significados não é outro senão o da linguagem” e, assim sendo, a Semiologia deveria embrenhar-se numa *translinguística* “cuja matéria será ora mito, a narrativa, o artigo da imprensa, ora os objetos de nossa civilização” (BARTHES, 1971:13). Assim, Barthes propõe que se inverta a proposição de Saussure, isto é, em lugar da Linguística ser uma parte privilegiada da Semiologia, esta se constituiria numa parte da Linguística, aquela encarregada das grandes unidades significantes do discurso. Argumenta que os “elementos da Semiologia” proporcionam uma visão ampliada do campo da pesquisa semiológica, compostos em quatro grandes eixos provenientes da Linguística Estrutural: Língua e Fala, Significado e Significante, Sintagma e Sistema, Denotação e Conotação (BARTHES, 1971).

No primeiro ciclo da Semiologia da Significação, trazida por *Mitologias*, a relevância era o significado. Já no estágio seguinte em *Elementos da Semiologia*, a inquietação se voltava à maneira como o significado era produzido. Mas é, também, pela perseverança de Barthes que surgem postulados essenciais que dão origem à terceira geração da Semiologia afastando-se da inflexibilidade estruturalista e integra as ideias de polifonia e dialogismo de Bakhtin.

Barthes passa, nesse momento, por não mais analisar o texto fechado em si mesmo e o autor como o centro da emanção dos sentidos. O texto, portanto, passa a ser caracterizado como uma arena de muitas vozes e, dessa forma, está sujeito a várias leituras. O leitor, então,

passa a ser não mais passivo como até naquele momento, mas produtor de sentidos. Logo, a partir desse momento a questão medular passa a ser a forma como o sentido circula e é consumido.

Para tornar mais clara essa dinâmica é importante diferenciar esses dois termos “significado” e “sentido”. O primeiro refere-se a algo fechado, pronto e acabado. Já o segundo, ao contrário, não está dado. Ele surge da ação do sujeito e das relações sociais que “*ocorrem em determinadas condições históricas, culturais e políticas.*” (ARAÚJO, 2000:120).

Com o pensamento de Barthes, a mudança de concepção vai trazer para o centro dos estudos semiológicos a ação do sujeito como produtor dos sentidos que se manifestam nos textos ou discursos, e vai fundamentar os princípios teórico-metodológicos da Semiologia da terceira geração, a Semiologia dos Discursos Sociais, como denomina Pinto:

- 1) Semiose Infinita, que postula não existir objeto sem significado, isto é, tudo que observamos não há uma significação em si mesmo, mas remissivas de significante a significante produzindo o que Eliseo Verón (1980) chamou de “efeitos de sentidos”.
- 2) Economia política do significante, que postula não existir significante fora de um processo de comunicação, de troca. O sentido de um objeto depende de seu contexto histórico, das suas condições de produção e circulação e da maneira como produzido, circula e é consumido real e simbolicamente. Esta é a “situação de Comunicação”.
- 3) Heterogeneidade Enunciativa, termo que Authier-Revuz introduziu com a ideia de polifonia de Bakhtin¹⁵ por considerá-lo mais adequado para designar as duas instâncias nas quais as vozes dos discursos se manifestam: a Heterogeneidade constitutiva e a heterogeneidade mostrada. A primeira diz respeito às vozes que estão presentes no discurso, mas não estão explicitamente marcadas. São as vozes da história, da cultura, da religião, da família, sem que o autor empírico, muitas vezes, se dê conta. A segunda refere-se às vozes que se mostram claramente na superfície textual. São referentes a outros textos, citações nominais de pessoas, declarações entre aspas, por exemplo. De acordo com os objetivos da pesquisa, estaremos utilizando os dois primeiros postulados. A teoria da enunciação, o ato de produção de texto, percebe o sujeito do enunciado, também chamado de emissor, narrador, locutor, do autor empírico do texto. Quem reincorporou o sujeito aos estudos linguísticos foi Emile Benveniste, que definiu a enunciação como um processo de apropriação da língua.

¹⁵ Filósofo russo que viveu até os 85 anos no século XX, e teve a compreensão de que, no jogo dialógico das palavras, se constitui uma arena, uma disputa de sentidos, e nessa disputa de sentidos já são esperados vários níveis de resposta contida em cada enunciado.

Nesse processo de apropriação, ao se constituir como enunciador, o sujeito se afirma como um “eu” e, ao mesmo tempo, se afirma como um “tu”. Ambos os protagonistas da enunciação, são a marca da pessoa. O “eu” é sujeito único, homogêneo. O “tu” é o personagem (PINTO, 1999).

Mais tarde, ao formular a sua Teoria Polifônica Enunciação, retomando o conceito de Bakhtin, Oswald Ducrot¹⁶ irá contestar a unicidade do sujeito e mostrar que em um enunciado, mesmo produzido por uma pessoa, é possível distinguir dois tipos de personagem: o enunciador e o locutor. O locutor é uma ficção discursiva, apresenta-se num enunciado como seu responsável, embora não necessariamente seja o autor empírico do texto. Já o enunciador é a voz presente, ou as vozes presentes na enunciação, sem que lhes sejam atribuídas palavras efetivas. O locutor pode, assim, pôr em cena no seu próprio enunciado, proposições diferentes (MAINGUENEAU, 1997).

Essas posições diversas, ou enunciadores, com os quais o emissor/locutor se identifica, definem o seu lugar enunciativo no texto. Esta imagem, que inclui tanto a imagem que o emissor faz de si próprio quanto ele faz do universo de discurso em jogo, é denominada sujeito da enunciação. No campo da recepção, há ainda o sujeito falado, que é a imagem que o receptor aceita como sua, a partir dos enunciadores formulados pelo emissor.

O sujeito da enunciação, o sujeito do enunciado e o sujeito falado, efetivamente, representam os vários discursos que estão presentes nos textos. Cada texto, entretanto, pertence a um gênero de discurso, ou melhor, se constitui de enunciados cujo conteúdo temático, estilo e construção composicional, estão ligados e são marcados pela comunicação (BAKHTIN, 1992).

Pinto (1999) define discurso como prática social de produção de textos, e sua análise procura as formas responsáveis por uma determinada expressão linguística, condicionada pela época, pela situação dentro de três níveis de contextualização: o situacional imediato, que diz respeito ao momento em que o enunciado está sendo produzido; o contexto institucional, diz respeito às relações de poder, já reputada na sociedade; e o contexto sociocultural, diz respeito às regras, aos costumes e discursos até então construídos por toda uma sociedade (PINTO, 1999).

O autor chama a atenção que é preciso relacionar o sentido com o texto, principalmente, com a forma do texto, melhor dizendo, que sentido se pode conseguir com forma de comunicação, como há muitas formas de comunicação, porque aquela dentre tantas outras

¹⁶Linguista francês do século XX que definiu enunciação, como acontecimento instituído pela manifestação de um enunciado (PINTO, 1999).

possíveis se apresenta no enunciado, e entender e explicar essa razão é o papel da análise de discursos (PINTO, 1999).

A análise de discursos proposto por Pinto (1999:10) ostenta alguns princípios:

- dependente do contexto;
- não confiar na letra do texto, e sim relacioná-lo às forças sociais que o moldaram;
- não procura analisar conteúdos;
- usa o conceito de ideologia ao lado do de discurso;
- trabalha comparativamente;
- não usa técnicas estatísticas como instrumento de contextualização;
- trabalha com as marcas formais da superfície textual.

Considera que todo o elenco que compõe a matéria enunciativa, isto é, imagem e texto ou outras semióticas, circunscritos num mesmo discurso, devam ser analisados conjuntamente, tentando reconstituir as operações discursivas. Esse procedimento tem a intenção de colocar em relevo as marcas regulares e sistemáticas das operações de enunciação que são deixadas na superfície dos textos e que se impõem como regras na sua organização. Essas diferenças estão vinculadas diretamente às condições de produção, circulação e consumo dos sentidos em que foram gerados, isto é, aos seus contextos.

Segundo Pinto (1999:26), “*o analista de discurso é uma espécie de detetive sociocultural. Sua prática é, primordialmente, a de procurar interpretar os vestígios que permitem a sua contextualização*”. Dito isso, entendemos que cada analista constrói sua própria linha de investigação que possibilite traçar um elenco de evidências que, ao se debruçar sobre um texto, muitas pistas se tornam chaves para abrir atalhos inesperados às nossas pretensões. Esse é o grande magnetismo de uma tarefa como essa.

Dentre desse universo de possibilidades, como recurso metodológico da análise de discursos optamos por seguir o caminho apontado por Maingueneau das palavras no discurso. Ele nos diz que estudos de unidades lexicais, isto é, as palavras, tiveram seu destaque nos primórdios da Análise de discursos:

Mesmo que se entenda que na fase inicial, a Análise de discurso tenha atribuído um espaço excessivamente amplo às palavras, isso não significa que seja necessário negligenciá-las agora, mesmo que seja apenas em função do papel que elas ocupam na consciência dos locutores. Pra esses últimos, a identificação das formações discursivas passa frequentemente pela descoberta das palavras características de amor e ódio. Por mais que o analista afirme que o essencial não é a unidade lexical, mas as proposições, e além delas, o texto

no qual ela intervém, nem por isso essa unidade perde seu estatuto singular (MAINGUENEAU, 1997:129).

No universo das unidades lexicais, o autor propõe dois conjuntos dessas expressões: as palavras plenas e as palavras instrumentais. As primeiras são passíveis de receber valores discursivos específicos de acordo com os contextos; as segundas são mais estáveis, mas só fazem sentido à Análise de Discursos se pertencerem a estratégias textuais específicas (MAINGUENEAU, 1997).

Os valores e sentidos das palavras plenas estão intimamente relacionados à formação discursiva em que o texto se inscreve e que de antemão se constitui na consciência das pessoas. Para Araujo, *“A semantização dessas palavras é tecida pela história e pela cultura, além de serem elas o testemunho vivo de lutas simbólicas anteriores”* (ARAUJO, 2000:156). Logo, entendemos que as palavras plenas são aquelas investidas de sentidos historicamente, ou teoricamente ou pela prática social. Dentro dessa perspectiva, identificamos palavras que no âmbito da Saúde Coletiva foram consideradas investidas de sentidos de comunicação e, assim sendo, nos possibilitariam traçar uma rede conectiva remissiva de sentidos de comunicação, na linha construtiva do instrumento. Num primeiro ensaio, encontramos doze (12) palavras, que num exercício mais apurado de reflexão chegamos ao número de cinco (5), as quais nos pareceram que melhor responderiam às aspirações dos nossos objetivos, foram elas: Comunicação, Participação, Promoção da Saúde, Rede e Território. Mas, por que as consideramos mais adequadas ao percurso da nossa pesquisa? Trazemos, então, o que balizou a tomada de decisão a respeito da seleção dessas palavras.

A Comunicação é a célula mãe do sentido pleno dessa pesquisa. Como já expomos nos capítulos anteriores, seu papel é transversal a todas as perspectivas de funcionamento do SUS. Ela perpassa todos os processos intra e inter institucionais, as negociações, o entendimento das relações de poder, a atuação multiprofissional, a formação profissional, a visibilidade das políticas, das pessoas e das vozes, dos discursos oficiais e as estratégias locais. Como centro desse processo de investigação, interessa apreender que sentidos são atribuídos a ela na concepção do processo de construção do DSP, em que participam as três instâncias que ele interliga: formação, serviço e população. Dessa forma, conferimos a ela o ponto de referência dos seus sentidos.

A Participação constitui um princípio do SUS e, como tal, é central na constituição dessa política. Saúde e cidadania estão intimamente interligadas e essa reciprocidade permite que o cidadão comum tenha a possibilidade e a oportunidade de reivindicar e junto aos

trabalhadores e gestão uma assistência digna. Para isso é necessário interlocução, diálogo, negociação, ter o direito a voz, ocupar espaços de representação coletiva, ser ouvido e respeitado. Como já mencionamos nessa tese, não há comunicação sem participação. Logo, a participação foi reconhecida e considerada uma palavra plena de sentidos de comunicação, e selecionada para o recurso metodológico.

A Promoção da Saúde é uma política pública, a PNPS, instituída no ano de 2006, considerada como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Traz na sua essência, o fortalecimento da capacidade de indivíduos e grupos sociais para interferir nos determinantes sociais do seu processo saúde-doença. Ela reforça o conceito de determinação social da saúde, com objetivo de impactar favoravelmente a qualidade de vida. A Promoção da Saúde consolida-se na Estratégia da Saúde da Família reforçando suas estratégias e a integralidade na atenção. Busca articular saberes técnicos e populares, mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde. A concepção atual de Promoção da saúde está associada a uma conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia) (BUSS, 2003). Utiliza-se dos recursos da negociação, do diálogo, da interlocução, da construção de vínculos, interlocução, mediação e da intersetorialidade. Dessa forma, foi considerada uma palavra plena de sentidos de comunicação e selecionada para composição metodológica.

A Rede ou redes se configuram um arranjo que busca garantir a universalidade e o alinhamento da saúde. É uma configuração que, se bem coordenada, melhora os resultados do funcionamento do sistema de saúde. As RAS são definidas como os serviços e ações que intervêm em processos de saúde-doença, pautados em diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão para assegurar a integralidade do cuidado, melhorar o acesso, a equidade num determinado território geográfico, como determina o Sistema Único de Saúde (SUS). Somam-se a isso, os objetivos comuns e ações cooperativas de organizações participativas e democráticas, que possam somar esforços para se obter uma atenção contínua e integral à determinada população. Acompanhar a expansão e os fluxos de atendimentos é ir ao encontro a uma rede de comunicação entre as partes interessadas. Sua estrutura operacional se configura como uma rede de ligações materiais e imateriais, cujos nós refletem as obstruções ou a fluidez das intercessões dessa malha, que se organiza de forma singular através das relações entre a população e o sistema de saúde, definidos a partir da uma análise situacional participativa da saúde. É um arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico. A responsabilidade não se restringe apenas pela oferta de serviços, mas ocupa-se de como estes estão se

relacionando, de como está se dando a comunicação entre os pontos dessa rede e, também, da rede de sentidos que circula permanentemente nos territórios da vida que, na intercessão entre elas, poderão refletir na condução das estratégias de cuidado nos territórios. Todas essas intercessões confirmaram ser a palavra Rede(s) um universo preñado de sentidos de comunicação, logo, imprescindível inseri-la no universo da nossa análise.

Território é a base do novo modelo territorializado na ESF. A adstrição da clientela traz a grande inovação do modelo de atenção na APS. Essa delimitação de área e microárea, tão primordial à sua organização, coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar permanentemente o processo de trabalho em saúde mediante o reconhecimento de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares tanto para a produção de uma vida saudável quanto para o surgimento de doenças. Um trabalho de atuação conjunta entre a unidade de saúde e o território é indispensável à interlocução sobre as condições, conexões e recursos utilizados nas lutas, resistências e o desejo de reverter as fraquezas em força, trabalhando diferentes experiências de forma original, que fogem, muitas vezes, às previsões prescritivas da saúde. Uma produção de vida com novas formas de sociabilidades que vão se constituindo em inteligências coletivas, e que podem ganhar dimensões negociáveis ao serem incluídas como expressões culturais e estilos de vida, contrapondo a visão estereotipada aos territórios assistidos. Interlocução, negociação e diálogo é o passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços. Dessa forma, a palavra Território foi reconhecida com a potência do sentido atribuído à comunicação.

A Análise de Discursos foi realizada em três etapas: 1) Descrição: Identificação da ocorrência das palavras plenas nos textos dos diagnósticos, localizando seus contextos textuais; 2) Sistematização: Olhar transversal aos diagnósticos, identificando-se regularidades e divergências nos sentidos das palavras plenas, formando rede de sentidos em relação à Comunicação; 3) Análise: Considerações analíticas sobre a presença e os sentidos da Comunicação nos diagnósticos, considerando a pergunta e os objetivos da pesquisa.

4.1 CORPUS TEXTUAL

O corpus textual de Análise foi formado pelos DSP produzidos por alunos da RMSF/ENSP, profissionais de Saúde e população de Cínicas da Família do município do Rio de Janeiro e pelo Guia do Diagnóstico Situacional Participativo.

Documentos significativos para compor a Análise da Pesquisa:

- Guia do Diagnóstico Situacional Participativo

O Guia é um instrumento criado pela coordenação da UA II, para orientar o aluno de como fazer o DSP. Nele se encontram conformadas as orientações, os temas e o passo a passo das etapas de realização dessa tarefa.

- Diagnóstico Situacional Participativo

Foram analisados três (3) diagnósticos do ano de 2019. Os diagnósticos foram realizados nos cenários de práticas dos alunos da Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca que são: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria-CSEGSF, Clínica da Família Anthídio Dias-CFAD e Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos-CFASF. A escolha dessas clínicas se deu por apresentarem as seguintes características: a primeira por ser campo de prática de ensino e pesquisa em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) se colocando campo de prática da Residência desde sua primeira turma. A segunda, já recebeu cinco equipes de alunos no processo formativo, e tem como gerente uma ex-aluna da Residência. A terceira, por ser a primeira vez que a unidade se coloca como campo de prática da residência. Todas elas se localizam em bairros distintos do município do Rio de Janeiro, como podemos ver a seguir.

4.2.1 DPS da Clínica da Família Anthídio Dias

A CFADS situa-se no bairro do Jacarezinho, zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, na Área Programática 3.2. De fácil acesso a outras regiões da cidade, o bairro está próximo à Avenida Brasil, Linha Amarela, Av. Marechal Rondon, Av. 24 de Maio e Túnel Noel Rosa, importantes vias de acesso a regiões centrais da cidade. A CFADS foi inaugurada em 29 de junho de 2011, é um equipamento de saúde gerenciado pela Organização Social Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM. Seu nome é em homenagem ao Bispo Anthídio Dias da Silveira, Assistente Social que realizou muitos trabalhos assistenciais na região. A Clínica possui 8 equipes responsáveis pela cobertura de quase todo território do Jacarezinho:

- Equipe XV de Agosto:
 - Categorias Profissionais: (1) médico; (1) dentista; (1) enfermeira; (1) técnico de enfermagem; 3) técnico de saúde bucal; 5) agentes comunitários de saúde; (1) agente de vigilância em saúde.
- Equipe de residentes:
 - Categorias Profissionais: (1) enfermeira; (1) dentista; (1) psicóloga; (1) nutricionista; (1) assistente social; (1) nutricionista; (1) educador físico.

A equipe XV de Agosto se apresentava completa, tendo mais uma categoria profissional que é o agente de vigilância em saúde. A equipe de residentes estava completa.

4.2.2 DSP da Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira

Situa-se no bairro do Engenho de Dentro, zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, na área Programática 3.2. O Nome Amélia da Clínica foi em homenagem a uma importante rezadeira, com importante atuação e reconhecimento dessa prática na região como, também, musa inspiradora da música “Ai, que saudade da Amélia” de Ataulfo Alves e Mario Lago. A clínica cobre parte dos bairros do Encantado, Méier, Água Santa, Piedade e Engenho de Dentro que, apesar de possuírem aspectos comuns, dada a história da formação econômico-social da região, também apresentam peculiaridades, histórias e vulnerabilidades particulares.

- Equipe: Pau Ferro
- Categorias Profissionais: (1) médico;(1) enfermeira; (5) agentes comunitários de saúde;
- Equipe de residentes: (1) enfermeira;(1) dentista; (1) psicóloga; (1) nutricionista; (1) assistente social; (1) nutricionista; (1) educador físico.

A equipe Pau Ferro no momento da realização do DSP se encontrava sem dentista e técnico de saúde bucal.

As condições de produção foram marcadas por uma série de questões que refletiram na oferta de Saúde no Rio de Janeiro. Uma delas foi a promulgação da Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro em 2016, que restringiu o gasto público por 20 anos (BRASIL, 2016), e suas consequências refletiram na administração dos entes Federal, Estadual e Municipal que, de acordo com Moretti (2018), a perda financeira chega à casa de R\$ 9,5 bilhões para o SUS, principalmente no ano de 2019. Outra consequência grave foi a reedição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2017, que, como já vimos anteriormente, refletiu diretamente no número, composição e funcionamento das equipes. Além disso, em 2019 o município do Rio de Janeiro sofreu os reflexos do desmonte da Saúde na administração do prefeito Marcelo Crivella, ocasionando fechamento de Clínicas da Família, muitas demissões e greves. Também foi um ano de eleições municipais, fato esse que afetou, diretamente, a dinâmica das atividades de saúde, prejudicando o atendimento à população como atestam as reportagens dos jornais:

- TCM-RJ dá parecer contrário à aprovação das contas de 2019 da administração Marcelo Crivella Por Carlos Brito e Raoni Alves, G1 Rio.

- 16/12/2020 14h39; Prefeitura do Rio anuncia suspensão de pagamentos. Leia mais em: <https://veja.abril.com.br/politica/prefeitura-do-rio-anuncia-suspensao-de-pagamentos/>.
- Prefeitura do Rio inicia demissões na saúde básica e profissionais continuam em greve. -Clívia Mesquita Brasil de Fato | Rio de Janeiro (RJ) 24 de Janeiro de 2019 às 07:21.

4.2.3 DSP do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

O CSEGSF é um departamento ENSP, da Fiocruz, inaugurado em 1967 como Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria. A partir de 1985, suas atividades na Atenção Primária foram implementadas por meio de um convênio com o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essas ações foram ampliadas e concretizadas com a criação do SUS em 1988 (ENSP, 2019). O Programa Saúde da Família no território teve início em 2000, por meio de convênio da ENSP junto à prefeitura do Rio de Janeiro, inaugurando suas atividades com apenas duas equipes de Saúde. Em 2004, com a entrada da ESF em Manguinhos – complexo de favelas no entorno da Ensp – houve a necessidade de ampliar para oito o número de equipes.

Com a implantação do modelo de Organizações Sociais para administrar a ESF, a FIOTEC passou a gerenciar, em 2009, no Município, as OS como o território de Manguinhos. Em 2012, conquistou a acreditação Internacional conferida pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), sendo a unidade de Atenção Primária pioneira nesta titulação nas Américas. O Projeto TEIAS-Escola Manguinhos reorganizou a ESF no território de Manguinhos, criando a Clínica da Família Victor Valla, em 2010, que passou a dividir o território com o CSEGSF, ligados assim diretamente à Direção da ENSP/FIOCRUZ (ENSP, 2019).

Desde 2013, contudo, as ações relacionadas à dimensão assistencial do TEIAS são gerenciadas pela chefia do CSE. O CSEGSF configura-se como unidade mista de Saúde, possui equipes de estratégia de Saúde da Família, atuando, concomitante, a ambulatorios de especialidades em uma unidade de Saúde federal, o que insere uma dinâmica diferenciada em relação a outras unidades do Município. Além disso, é um centro de saúde-escola, que recebe estudantes de vários níveis de escolaridade e tem na pesquisa um lugar importante de atuação. Os alunos da RMSF pertencem à Equipe Harmonia, cuja área de abrangência refere-se à Comunidade Agrícola de Higienópolis / Vila São Pedro.

- Equipe Harmonia
- Categorias Profissionais:

(1) médico; (1) dentista; (1) técnico de enfermagem; (1) Técnico de saúde bucal; (5) agentes comunitários de saúde.

▪ Equipe de Residentes:

(1) enfermeira;(1) dentista; (1) psicóloga; (1) nutricionista; (1) assistente social; (1) educador físico; (1) Farmacêutico.

Na realização do DSP, a equipe Harmonia se encontrava sem enfermeira. A Equipe de residentes estava completa.

5. ANÁLISE

A Análise dos discursos foi realizada em três etapas: 1) Descrição: Identificação da ocorrência das palavras plenas nos textos dos diagnósticos, localizando seus contextos textuais; 2) Sistematização: Olhar transversal aos diagnósticos, identificando-se regularidades e divergências nos sentidos das palavras plenas, formando rede de sentidos em relação à Comunicação; 3) Análise: Considerações analíticas sobre a presença e os sentidos da Comunicação nos diagnósticos, considerando a pergunta e os objetivos da pesquisa.

O recurso metodológico de Análise de discurso foi realizado por meio das Palavras Plenas, que são palavras revestidas de sentidos, pela História, pela Teoria ou pela Prática Social. Identifico palavras que, no âmbito da Saúde Coletiva, foram consideradas revestidas do sentido de Comunicação. Palavras Plenas selecionadas: Comunicação, Participação, Rede, Promoção da Saúde, Território.

O *corpus* textual de Análise foi formado pelo Guia de orientação para produção dos DSP e pelos DSP produzidos por alunos da RMSF/ENSP, profissionais de Saúde e população de Cínicas da Família do município do Rio de Janeiro. A escolha dessa Residência se deu por ser um curso que há mais de quinze anos está envolvida com o desafio dessa formação. É reconhecida como uma das mais importantes do Brasil, recebendo alunos de todas as partes do país. Mas, também, por fazer parte do corpo docente e estar comprometida com o seu aperfeiçoamento, dedicando-me a essa pesquisa. É relevante considerar, também, que, até o momento das minhas buscas, nenhuma pesquisa com esse tema foi encontrada. Os critérios de escolha dos Diagnósticos foram detalhados no Capítulo da Metodologia.

5.1 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS PARTICIPATIVOS

A construção dos diagnósticos foi submetida a condições de produção de ordem distintas. A primeira é de ordem política que agravou a crise da saúde que já vinha em ordem crescente no município do Rio de Janeiro desde 2018. Esta crise é deixada transparente através da ação Civil Pública do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro encaminhada à vara de fazenda Pública do Estado do Rio de Janeiro em 2019. Nesse instrumento processual foi exposta a crise que a cidade estava vivendo. Foram denunciados os atrasos no repasse financeiro às OSS e outras terceirizadas, tendo como consequência o atraso de salários que se acumulavam por mais de um mês,

restrição de insumos, falta de manutenção predial, redução de oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, suspensão temporária do transporte sanitário, redução de ambulâncias do serviço de remoção de "Vaga Zero" e "Cegonha Carioca" (aumentando a média de espera para a chegada de ambulâncias para mais de 3 horas), dentre outras deficiências. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, que possuem leitos de internação, tiveram suspensão do serviço de alimentação dos usuários e chegaram a funcionar sem luz por falta de pagamento da companhia de abastecimento de energia. Novamente, houve desabastecimento de medicamentos. Os hospitais da administração direta também restringiram procedimentos pela falta de insumos. Mais de 1500 profissionais foram demitidos sem substituição, caindo a cobertura da ESF na cidade a 17%, tendo como consequência uma desassistência na Atenção Primária de mais de 1 milhão de pessoas. Para agravar mais a situação, foi um ano eleitoral em que o gestor da época se candidatava a reeleição, priorizando a campanha eleitoral e tornando a administração pública mais caótica ainda.

A segunda é de ordem Institucional/pedagógica. A RMSF está inserida numa Instituição de ensino e pesquisa, a ENSP, e seus preceitos pedagógicos seguem os parâmetros acadêmicos preestabelecidos pela Instituição. Mas a residência também está submetida às orientações e critérios preconizados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Quero dizer que esta instituição e instância predeterminam os parâmetros modelares dos trabalhos concebidos por esses alunos.

O Guia de produção do DSP é um exemplo desses condicionantes. Ele é um instrumento da coordenação da unidade de aprendizagem II do Projeto Pedagógico da RMSF/ENSP. Através dele, a coordenação da UA define o eixo orientador dos temas, itens e conteúdos, as estratégias de coleta de dados e informações que podem se dar através da pesquisa-ação, de entrevista não estruturada, entrevista semi-estruturada e mapeamento participativo, podendo, também, as representações numéricas serem apresentados através de tabelas e gráficos. Diagnosticar, neste caso, significa avaliar as informações obtidas gerando um novo conhecimento ou aprofundando aspectos que precisam ser mais bem investigados. Procura a relação entre os fatos, os processos sociais, sujeitos e referências conceituais.

A construção do DSP deve, então, seguir as orientações do guia, e seus resultados proverão os propósitos das unidades de aprendizagens subsequentes. Dessa forma, entendemos que o contexto político, os parâmetros institucionais e as exigências pedagógicas definiram as condições circunstanciais de produção dos DSP, que foram levadas à reflexão na análise realizada. A seguir apresentamos a primeira fase da análise.

5.2. ANÁLISE DA PRIMEIRA FASE: DESCRIÇÃO

Identificação da ocorrência das palavras plenas: Comunicação, Participação, Promoção da Saúde, Rede e Território, os sentidos que elas promovem atribuídas à comunicação nos contextos textuais, identificados nos trechos selecionados dos diagnósticos da Clínica de Saúde Anthídio Dias, da Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira e do Centro de Saúde Germano Sinval Faria, produzidos no ano de 2019.

5.2.1. Comunicação

Pudemos constatar que a Comunicação esteve associada, preponderantemente, aos sentidos de transporte de informação, interlocução, diálogo, ferramenta de divulgação, fluxo de informação, processo de relações e lugar de fala, dentre outros que apareceram de forma não tão significativa, mas podem ser percebidos. Através desses sentidos conseguimos identificar como a comunicação teve demarcada sua presença nos enunciados dos DSP.

Iniciamos com o sentido de meio de transporte de informação delimitado a ela. A primeira aparição da palavra comunicação se dá através da orientação do Guia do Diagnóstico Situacional Participativo, que posiciona a Comunicação no item Meio de Transporte e redes de comunicação. O DSPAD, apesar de inserir na sua estrutura o item com essa denominação, não faz nenhuma menção à rede de comunicação prevista nesse tópico. O DSPASF, também, não traz a comunicação como item temático do seu sumário, ainda que apresente a palavra comunicação em maior número em relação aos outros diagnósticos. Já o DSP CSGSF segue à risca o roteiro do Guia e traz alguns enunciados, apresentando a importância das redes de comunicação identificadas como representante das vozes da comunidade e, dessa forma, coloca a comunicação para além do transporte de informação, mas como espaço de ampliação das falas contrapondo o silenciamento das minorias sociais. Seguimos com os seguintes exemplos:

Em relação às redes de comunicação que Manguinhos tem se conectado, podemos perceber que as iniciativas advêm em sua maioria de esforços comunitários, sem um apoio formal das instituições.

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria Item 1.2.3 Meios de Transporte e Rede de Comunicação Pág.34)

O “Fala Manguinhos!” é uma dessas iniciativas. Trata-se de uma “Agência de Comunicação Comunitária, comprometida com os direitos humanos.”

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 1.2.3 Meios de Transporte e Rede de Comunicação Pág.34)

Comunicação percebida como ferramenta de divulgação e informação,

*A **comunicação** e saúde refere-se às estratégias de **comunicação** utilizadas para influenciar as decisões dos usuários no sentido de promover, educar, orientar, prevenir, sugerir, recomendar, informar, acolher e evitar risco e ameaças em saúde. (DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 6.1 Árvores de Desafios e Potencialidades Pág. 71/72/73/74/79/81)*

As atividades oferecidas e eventos pontuais podem ser encontradas na página do CCJ na rede social Facebook, sendo esta a principal ferramenta de comunicação e divulgação das atividades realizadas neste espaço. (DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 4.4.2 Redes Informais Pág. 30)

Integração da vigilância na saúde-[...]os conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias são insuficientes para a construção dialógica das respostas às necessidades do território, de forma que também necessitamos de “ferramentas de comunicação social que estimulem a mobilização” (DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 6.1 Árvores de Desafios e Potencialidades Pág.71/72/73/74/75/79/81)

[...]ausência de meio de comunicação que socializem as informações sobre a existência destes serviços, acarretando na invisibilidade destes enquanto dispositivos de referência. (DSP Clínica da Família Anthidio Dias 4.4.1 Redes Formais e Informais de Apoio Social/4.4.1 Redes Formais Pág.28)

Quanto aos sentidos de Interlocação, Diálogo, Fluxo Institucional, os enunciados enfatizam a dificuldade de se estabelecer o diálogo intersetorial, não só entre os equipamentos sociais presentes no território, como, também, com relação à rede formal que compõe a estrutura local de saúde. O contexto político no qual o diagnóstico foi construído trouxe condições de produção que podem traduzir a expressão trazida nos enunciados sobre a interlocação entre as instituições, como, também, a sobrecarga de trabalho acarretado pela demissão de trabalhadores e a não contratação de novos profissionais para compor adequadamente o quadro assistencial da saúde no município do Rio de Janeiro. A composição desses fatores é traduzida na materialidade discursiva presente nos diagnósticos.

Suas evidências podem ser atestadas nos seguintes enunciados:

Ao longo do processo de imersão no campo, visitamos alguns equipamentos, a fim de conhecer os fluxos de funcionamento de cada serviço, e a comunicação que se estabelece com a Clínica da Família. (DSP Clínica da Família Anthidio Dias. Item 4.1.3 População/Psicossocial Pág. 20)

Em relação à intersetorialidade e matriciamento, durante o período de realização do diagnóstico situacional, realizamos um levantamento dos dispositivos sociais presentes

*no território que compõe a rede de serviços bem como contato com alguns profissionais e equipamentos. Podemos notar que a **comunicação** com estes espaços varia bastante. Enquanto equipe, estamos iniciando nosso processo de trabalho na clínica, acompanhando os casos multiprofissionalmente em sua maioria.*

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias. Item 8.2 Necessidades Pág.65/66)

[...]Também foi possível constatar, uma fragilidade relevante na comunicação entre alguns profissionais do CAPS e a clínica, ao referenciarmos casos de alta complexidade para acompanhamento nestes dispositivos

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias Item 8.2 Necessidades Pág.65/66)

Descrição da situação: Fragilidade da rede intersetorial. Objetivos: Qualificar a comunicação com os equipamentos do território.

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias. Item 9 Quadro de Plano de Ação da Equipe Viúva Cláudio Planilha de Plano de Ação Pág.70)

*A **comunicação** é parte fundamental para a construção dos processos de cuidado compartilhado e integrado, e a participação dos usuários, trabalhadores e gestores na produção deste cuidado[...]*

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 2 justificativa pág.7)

O problema da comunicação pode se desdobrar em consequências como no aumento da demanda espontânea na Clínica e na sobrecarga de trabalho junto aos profissionais[...]um desgaste em relação a comunicação no espaço da recepção, onde mal entendidos ou a turbulência do excesso de trabalho rapidamente podem se desenvolver para relações de comunicação violenta.

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos)

Alta demanda Espontânea-Esta alta demanda espontânea da Clínica pode estar relacionada com um problema de comunicação em saúde, descrito acima, em que o usuário não consegue entender a dinâmica do funcionamento da Unidade, em virtude da hegemonia do modelo de saúde assistencialista

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos Item 6.1Árvores de Desafios e Potencialidades)

Em relação às redes de comunicação que Manguinhos tem se conectado, podemos perceber que as iniciativas advêm em sua maioria de esforços comunitários, sem um apoio formal das instituições

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria Item 1.2.3 Meios de Transporte e Rede de Comunicação Pág.33)

Exposição à relações e organização do trabalho que prejudicam a saúde psíquica do profissional produzindo sobrecarga intensa, como pressão da chefia, acúmulo de tarefas, tarefas perigosas ou monótonas, possibilidade de perda de emprego, quota de produção pré-estabelecida, grau de atenção exigido, proibição de comunicação entre os trabalhadores durante a jornada (RIBEIRO, 2011)

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias Item 4.1.3 População/Psicossocial Pág. 20)

5.2.2 Participação

Os sentidos que ela manifestou atribuída, predominantemente, à comunicação foram: diálogo, negociação, vínculo, atuação, inserção, protagonismo, inclusão e interlocução. Os enunciados reconhecem a participação como princípio do SUS. Expressam a importância do sentido da inclusão individual e coletiva, do diálogo, da negociação e do protagonismo dos atores, não só na construção do diagnóstico, mas no reconhecimento da participação dos trabalhadores nas decisões coletivas, e a participação cidadã nos espaços de representação comunitária de tomadas de decisão nos territórios para direcionar as demandas sociais. Os enunciados que expressam esses sentidos são apresentados a seguir:

Os diagnósticos expressam que a construção dos diagnósticos se deu com a participação coletiva da população e dos trabalhadores Diálogo Inserção Negociação.

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias Item 1 Pág. 10)

*Nesse sentido, na CFADS, os trabalhadores (ACS) possuem protagonismo na **participação** dos processos decisórios da unidade ou dentro das reuniões de equipe. Além disso, fortalecem os ambientes grupais, seja referenciando os usuários, organizando a demanda que chega, participando ativamente na mediação e construção.*

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias. Item 5.3 Estrutura Física, nº Equipes e Quadro de Pessoal - Pág.41)

*Ações: Repensar a metodologia do grupo construída com a **participação** dos usuários, Realizar ações coletivas no território para divulgação.*

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias Plano de Ação equipe Viúva Claudio Pág. 70)

*A comunicação é parte fundamental para a construção dos processos de cuidado compartilhado e integrado, e a **participação** dos usuários, trabalhadores e gestores na produção deste cuidado é essencial para que esses processos ocorram.*

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos Item 2 Justificativa Pág. 7)

*Outra instância participativa central para efetivação destas redes é a **participação social**, um dos princípios organizativos do SUS.*

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias Item 7.1 Rede Intersetorial e esquema de relação de vínculo Pág. 63)

*Comunicação e Saúde- [...]a educação permanente dos profissionais, que pode auxiliar no desenvolvimento das competências comunicacionais efetivas no que se refere a[...]Além de estimular nos usuários a **participação no seu autocuidado**, tornando-os mais ativos nas informações sobre a sua saúde.*

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 6.1 Árvore Desafios e Potencialidades Pág.73)

[...] na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal, equânime e integral. Para se cumprir esses princípios foi necessário estabelecer uma série de diretrizes

*que contribuem para concretizar essa realidade, essas diretrizes incluem a criação de uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada, **participação** da comunidade no sistema, fomento a ensino e pesquisa em saúde, entre outros.*

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 1.3 Território Integrado de Atenção à Saúde Pág.36/37)

*O projeto Teias tem sua construção nessa convicção e em uma prática que é já de décadas, uma prática de luta pela mudança, luta por democracia, ou seja, **participação** de todos e por uma melhor qualidade de vida da população*

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 1.3 Território Integrado de Atenção à Saúde Pág.36/37)

5.2.3 Promoção da Saúde

Os sentidos conferidos à Promoção da Saúde em relação a comunicação nos enunciados dos diagnósticos Vínculo, Interação, Pertencimento, Participação.

*A existência do programa academia carioca na clínica possibilita uma forma de cuidado extra consultório, aumentando a adesão da população à prática de atividade física regular, gerando interação social, **promoção da saúde** e construção de vínculo entre profissionais e usuários, e entre os próprios usuários.*

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias. Item 8.3 Potencialidades. Pág. 69)

*[...]entendido dessa maneira, a dinâmica territorial é produtora de condições específicas de adoecimento, da mesma forma que contém em si potentes elementos de **promoção da saúde**.*

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos Item 5.1 Conhecendo o Território. Pág. 12)

*[...] aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a **promoção da saúde**, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial*

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Itens 5.2.2 redes de atenção pág.35)

*As práticas grupais são cotidianas na Atenção Primária à Saúde, sendo uma importante ferramenta de **promoção da saúde**, a medida que traz novas percepções ao processo de saúde e doença e o entendimento das múltiplas vertentes de cuidado (NOGUEIRA, et al. 2016).*

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 5.3.4 Práticas Grupais em saúde: Um breve levantamento de grupos de Educação e Promoção da Saúde.Pág.51)

*[...]a atenção ao puerpério que constitui-se como momento de fragilidade[...] Sendo importante salientar a indissociabilidade do cuidado à mãe e à criança[...]na perspectiva da integralidade, **promoção da saúde** e qualidade de vida.*

(Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. 5.3.4 Agravos e Condições Prioritárias de acompanhamento. Pág. 59)

Controle Social e Processos grupais-[...] vêm no contexto de possibilitar a apropriação dos usuários e usuárias do espaço da Clínica como ambiente também de

*troca de afetos, convivência com outras pessoas, trocas de experiência e **promoção da saúde** e cuidado sobre uma perspectiva mais artística e menos biomédica e/ou do biopoder.*

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos Item 6.1 Árvores de Desafios e Potencialidades. Pág. 76).

O CSEGSF é um departamento ENSP, da Fiocruz. [...] Tem como objetivo prestar assistência multidisciplinar, prioritariamente à sua vizinhança, a população moradora no Complexo de Manguinhos, no município do Rio de Janeiro; realizar atividades de educação, prevenção e promoção da saúde; desenvolver tecnologia, pesquisa e ensino na área da saúde pública. (REIS; VIANNA, 2004, p. 698)

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 3 Conhecendo o Centro de Saúde Escola. Pág. 45)

5.2.4 Rede

Os sentidos que ela manifesta atribuídos, majoritariamente, à comunicação são diálogo, negociação, atuação, mediação, inserção, protagonismo, interligação e interlocução. Os enunciados expressam a fragilidade da articulação, da interlocução e diálogo entre as redes que compõem a intersetorialidade formais e informais na prestação de serviços, como também da fragmentação da interligação das redes no acompanhamento longitudinal do cuidado e a desorientação e dificuldade da construção da autonomia e protagonismo do usuário para o auto cuidado. Ante esses aspectos trazemos os seguintes enunciados:

*As **redes formais** que referenciam o jacarezinho não, necessariamente, localizam-se na área programática 3.2. isto porque, a divisão territorial da rede de atenção em saúde é diferente da **rede** de assistência social e **rede** de educação.*

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias 4.4.1 Redes Formais Pág. 27/28/29)

*O imbróglio deste fluxo é que, muitas vezes estes usuários recebem alta hospitalar por demandas clínicas cessadas, apesar de não terem condições psicológicas de retornar para casa. Outras duas equipes de saúde mental que compõe a **rede** é o CAPS Raul Seixas e o CAPS Clarice Lispector.*

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias. 4.4.1 Redes Formais. Pág. 27/28/29)

*[...] percebemos que a fragilidade da **rede** de serviços presente no território, tanto em relação a disponibilidade de equipamentos como a articulação existente entre eles dificulta na garantia da longitudinalidade do cuidado [...] Essas dificuldades encontram-se não somente na **rede** sólida de serviços, mas também no círculo de apoio dos usuários.*

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias. Item 5.6 dados sobre outras doenças, agravos e questões de saúde que sejam relevantes na população da clínica. Pág. 49)

*As necessidades sociais em saúde são produto dessa dinâmica e as resposta a essas necessidades devem ser formuladas a partir de uma abordagem multiprofissional, integrada e articulada em **redes** intersetoriais*

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 2 Justificativa Pág.8)

A partir da análise da rede de apoio territorial, descobriu-se pessoas que têm o papel de articuladores sociais na comunidade e instituições sociais que fazem um trabalho de rede de apoio já solidificados, mas que não possuem vínculo com o setor saúde, neste caso, o CSEGSF. (Interlocução, mediação, negociação, protagonismo)

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 2.1 Redes de Apoio no Território de Manguinhos Pág. 40)

Em relação às redes de comunicação que Manguinhos tem se conectado, podemos perceber que as iniciativas advêm em sua maioria de esforços comunitários, sem um apoio formal das instituições. [...] O “Fala Manguinhos!” é uma dessas iniciativas. Trata-se de uma “Agência de Comunicação Comunitária, comprometida com os direitos humanos”

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 1.2 Aspectos sociais e econômicos/1.2.3 Meios de Transporte e Rede de Comunicação. Pág. 34/35)

Foram marcadas visitas para conhecer equipamentos, como o CRAS, CREAS, Casa Viva/Rede CCAP; entrevistas com moradores na comunidade; e por conta de confrontos armados no dia, essas atividades precisaram ser desmarcadas[...]

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 8 Considerações Finais. Pág. 78)

5.2.5 Território

Os sentidos atribuídos, majoritariamente, à comunicação são: contexto, interlocução, circulação, cultura, interlocução. Os sentidos que ela manifesta atribuídos, majoritariamente, à comunicação são diálogo, negociação, atuação, mediação, inserção, protagonismo, interligação e interlocução. Os enunciados expressam a fragilidade na participação dos trabalhadores e da população nos espaços de representação coletiva, a importância da representação cultural, dos contextos formais e informais na interação entre as pessoas do território. Mediante essas referências trazemos os seguintes enunciados:

O jacarezinho situa-se na zona norte do rio de janeiro, um território, assim como outros, muito dinâmico e vivo.

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias. Capa.)

*Concomitantemente, partimos para o mapeamento, observação, análise e reflexão deste **território**, considerando que o conceito que adotamos deste inclui: campo prático de trabalho, relações sociais, relações de poder e violência.*

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias. Item 1 Introdução Pág. 10)

*A construção do mapa de risco do **território** foi feita baseada na avaliação de riscos, no ambiente [...] para além do olhar acerca das condições laborativas e das barreiras físicas, consideramos todos os riscos nos quais os indivíduos estão expostos no território.*

(DSP Clínica da Família Anthidio Dias. Item 3 Metodologia. Pág.12).

E o diagnóstico é a primeira etapa deste planejamento, visto a necessidade de conhecer as fragilidades e potencialidades do território e a partir delas delinear formas para atender as demandas específicas da população adscrita.

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 1 Introdução. Pág.6).

*[...] o diagnóstico é parte inicial do processo mais amplo de planejamento e gestão das ações de saúde do **território** já que reúne um conjunto de informações capazes de proporcionar uma aproximação com a realidade local.*

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 2 Justificativa. Pág. 7).

A territorialização é entendida aqui como um amplo processo de vivência e imersão na dinâmica social do território 2750-392 em que atua a CFASF.

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 5 Discussão. Pág.12).

Alta Demanda Espontânea-[...] pode estar relacionada com a violência do território em que pode dificultar o acesso do usuário a Clínica no dia da consulta agenda, levando-o a buscar a demanda espontânea para resolução dos problemas[...]

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 6.1 Árvores de Desafios e Potencialidades. Pág.71/72/73/74/75/79/81).

*O **território** como resultado de situações históricas, ambientais e sociais particulares permite que compreendamos que a população que ali se integra e se relaciona carece de problemas e necessidades de saúde particulares e oriundas daquela dinâmica social. O território “apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geográfica, também um perfil demográfico, epidemiológico e administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num **território** em permanente transformação”.*

(DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos. Item 5.1 Conhecendo o Território).

*Entender essas diversas territorialidades com a participação da população do **território** é um desafio para compreensão das necessidades e construção das intervenções em Manguinhos. (PORTO; PIVETTA. 2009 apud CARVALHO; PIVETTA. 2012 p.12).*

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Item Introdução. Pág.10/11).

*No **território** de Manguinhos pode-se contar com a atuação do Projeto do Território Integrado de Atenção à Saúde em Manguinhos (TEIAS-Escola-Manguinhos) que busca ampliar o conceito de Rede de Atenção à Saúde, compreendendo o **território** como um espaço vivo de aprendizagem, pesquisa, intervenção, monitoramento e avaliação de ações, tanto Intrasetorial quanto intersetorial.*

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Item Introdução. Pág.10/11).

*[...]a unidade estava com Acesso Mais Seguro em vermelho - o que indica a impossibilidade de transitar pelo **território**. A violência armada em Manguinhos é a principal razão impeditiva do processo de trabalho e um fator determinante no adoecimento dos usuários e dos profissionais de saúde que residem no território.*

(DSP Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 2 redes de Atenção. Pág. 38/39).

*Por fim, foi escassa a participação dos moradores do **território** e usuários do serviço na construção do trabalho. Isso se deu por falta de organização do grupo de residentes em relação a administração do tempo e de conseguir articular com os moradores; falta de apoio da equipe harmonia para facilitar essa articulação; e por conta dos conflitos armados no **território**.*

(DSP Centro de saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 8 Considerações Finais. Pág. 78)

*[...]O CGI tem por objetivo proporcionar uma gestão participativa da comunidade nas tomadas de decisões sobre a saúde da população do **território** de Manguinhos, onde os moradores do **território**, articuladores sociais, Conselheiros, representantes de outros setores e trabalhadores da saúde, possam opinar sobre a gestão do projeto TEIAS-Escola Manguinhos[...]*

(DSP Centro de saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 1.3.1 Conselho Gestor Intersetorial–CGI. Pág.38)

*Constata-se que é preciso criar pontes entre o CSEGSF e os articuladores sociais do **território** de Manguinhos para que as tomadas de decisões sobre a saúde da população efetivamente sejam decididas por meio de uma gestão compartilhada e da participação social.*

(DSP Centro de saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 2.2 Esquema Intrasetorial CSRGSF-Profissionais do Ambulatório.Pág.42/44)

*A construção coletiva de novos paradigmas e de novas instituições se relaciona a dar visibilidade ao que está oculto nos **territórios**, em especial, naqueles caracterizados pela desigualdade. O desafio é dar visibilidade às redes que se constituem no cotidiano do **território** e que, muitas vezes, são invisíveis para os gestores e para os trabalhadores de saúde. (AKERMAN; COSTA, 2012, p. 89-90)*

(DSP Centro de saúde Escola Germano Sinval Faria. Item 2.2 Esquema Intrasetorial CSRGSF-Profissionais do Ambulatório.Pág.42/44)

*[...] Através da fala de uma moradora, conhecemos um exemplo de solidariedade entre os moradores deste **território**.*

*Outro dispositivo importante presente no **território** é a agência Jaca Modas, uma agência de modelos que [...]revela talentos da comunidade, criado por um morador.*

(DPSCFAD, Pág144)

*[...]a precariedade das condições de vida dessa população[...]Tudo isso aliado às constantes disputas de poder no **território** entre o tráfico e as polícias, com incursões policiais que colocam em risco as condições biopsicossociais das pessoas que vivem nesse **território**, diga-se muitas vezes também talhadores das unidades de saúde de Manguinhos Item 1.2 Aspectos Sociais e Econômicos*

(DSP Centro de saúde Escola Germano Sinval Faria Item 1.2 Aspectos Sociais e Econômicos Pág.28)

5.3 ANALISE SEGUNDA FASE: SISTEMATIZAÇÃO

Após a leitura dos diagnósticos, foi possível, através dos sentidos atribuídos às palavras plenas com relação à comunicação da fase anterior, acompanhar o percurso que eles fizeram ao longo dos temas e setores dos diagnósticos. Foi possível perceber aonde, como e de que forma a comunicação se inseriu, foi circunscrita na materialidade textual da circunstância enunciativa dada. Salientamos que, na primeira fase, em alguns casos, os fragmentos textuais são curtos e outros são mais longos. Isso se deve à necessidade de envolver outros enunciados que circundam a cena enunciativa para captar mais claramente o sentido e nos certificarmos dele. No nosso caso dessa análise, a tabela no apêndice traz todos os fragmentos selecionados e localizados no diagnóstico correspondente. Além dela, disponibilizamos nos Anexos A, B e C dessa tese com os textos originais e completos dos diagnósticos para que se possa localizar e se certificar, de forma ampliada e contextualizada, a coerência da sua seleção.

Dadas as explicações necessárias, iniciaremos a sistematização.

5.3.1 Comunicação



Figura 3: Rede de sentidos atribuídos a Comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos/Fase 2

A Comunicação é a palavra-mãe das palavras plenas. A representação gráfica acima nos mostra o conjunto agregado de sentidos relacionados à comunicação nos três diagnósticos. A palavra comunicação ocorre 11 vezes no DSPAD, 26 vezes no DSPAFS e 6 vezes no DSPCSEGSF. A observação dessas incidências possibilitou analisar a circunscrição da comunicação nas circunstâncias enunciativas presentes no conjunto das reflexões apontadas nos diagnósticos.

O diagnóstico do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria tem o menor índice de incidência da palavra comunicação no seu texto. O Centro de Saúde Escola inaugurou suas atividades de assistência em 1967 e, em 2000, insere, através de convênio com a prefeitura do Rio de Janeiro, a ESF ampliando suas atividades e recebendo mais estudantes para formação em serviço. Dos cenários de práticas onde os diagnósticos foram realizados, ele é o que acumula maior experiência na assistência à saúde da população. Dentro da sua estrutura organizacional, possui desde 2004 o Núcleo de Ações e Estudos de Comunicação em Promoção da Saúde/NAECOS (REIS; VIANA, 20004), hoje denominado Núcleo de Comunicação e Saúde. O que chama atenção é que não houve qualquer referência a respeito do papel, função ou mesmo de experiências do Núcleo sobre o tema no Centro de Saúde no diagnóstico. A comunicação se manteve moldurada pela concepção do Guia de construção do diagnóstico, ou seja, como transporte de informação.

O DSPASF tem a maior incidência da palavra comunicação no seu texto, mas não prestigia a comunicação como tema no seu índice. Já o DSPAD fica com a média de incidência da palavra e traz no seu índice o tema comunicação como no DSPCSEGSF. O que nos parece é que a comunicação oscila em destaque de importância nos diagnósticos.

De acordo com a primeira fase, os sentidos predominantes apreendidos nos enunciados relacionados à comunicação foram transmissão, transporte, divulgação, canal, ruído, impreciso e ferramenta, sentidos esses que nos enunciados demonstraram seu alinhamento à percepção instrumental da comunicação.

Uma equipe de Saúde da família para cumprir com as prerrogativas da ESF deve estar com suas equipes completas para que o desempenho das ações de cuidado, que são complexas e muito trabalhosas, seja executado com empenho, abertura a escuta, a negociação e diálogo que o encontro entre diferentes traços, perfis e expressões de conhecimentos se encontram e se enfrentam.

O município do Rio de Janeiro, por ocasião da elaboração dos diagnósticos, passava por uma crise político-administrativo, acarretando problemas graves na área da saúde com fechamento de Clínicas e demissões de trabalhadores. Esse contexto teve seus reflexos nas

condições de produção dos diagnósticos, pois o desfalque de qualquer profissional desequilibra a atuação multiprofissional e sobrecarrega o trabalho da equipe, diminuindo a possibilidade de espaço para participar de qualquer atividade que não seja exclusivamente de assistência. A Construção do diagnóstico também sofreu consequências em torno desse infortúnio.

Essa questão atingiu a equipe Harmonia do Centro de Saúde Escola que se encontrava sem enfermeira, profissional importantíssimo na ESF. A equipe Pau Ferro da Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira estava sem dentista, técnica de enfermagem e técnico de saúde bucal. Por conta da grande demanda por assistência à população adscrita e a redução de profissionais nas equipes, a situação promoveu uma sobrecarga maior de trabalho dos profissionais, prejudicando o trabalho multiprofissional. Esse prejuízo se desdobra em diminuição do tempo de diálogo, de interlocução, de acolhimento, de negociação e de construção de vínculo não só entre os próprios profissionais mas, também, com a comunidade, prejudicando um processo comunicacional. Logo, a construção do diagnóstico perde em discussão e reflexão coletiva sobre direito e acesso a saúde numa conjuntura e contexto como esse. Uma questão dessa relevância, que fere os princípios do SUS, não deve passar despercebida ou mesmo negligenciada, pois é uma pauta que urge discussão e está intimamente relacionada à comunicação, direito, saúde e princípios do SUS.

O DSPCFAD, acompanhando as questões levantadas acima, traz alguns condicionantes de risco relacionados à saúde ocupacional dos trabalhadores. A evidência se deu pela construção coletiva do mapa de risco, onde episódios relacionados a riscos psicossociais foram apontados como prejudiciais à saúde dos trabalhadores.

Um enunciado sinalizou a pressão da chefia, o acúmulo de tarefas, a possibilidade de perda de emprego, a *proibição da comunicação entre trabalhadores durante a jornada de trabalho* (enunciado que pode ser lido na íntegra na pág. 79). Essa é uma questão que diz respeito a silenciamentos, da perda de autonomia profissional, de limitação da participação, do direito de falar e ser ouvido. Uma questão de comunicação que emerge sobre o trabalho em equipe e a relação com a gestão que está apontada no diagnóstico, abrindo oportunidade de ser aprofundada.

A presença dos residentes na clínica pode facilitar a quebra dessa opressão, já que eles são estimulados a provocar discussão no processo de Educação Permanente. Mas um contexto confuso e desestruturado como esse, desencadear um processo de discussão com a participação das equipes, dependeria muito da gestão a possibilidade de abrir espaço para colocar em discussão.

Alguns diagnósticos enunciaram no seu plano de ação as seguintes questões relacionadas à comunicação: o usuário não consegue entender a dinâmica da clínica, os conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias são insuficientes para a construção dialógica, a alta demanda espontânea da Clínica pode estar relacionada com um problema de **comunicação** em saúde, a comunicação é parte fundamental para a construção dos processos de cuidado compartilhado e integrado, e a participação dos usuários, trabalhadores e gestores na produção do cuidado.

Por outro lado, não foi o que apontou o DSPCFAD, que apresentou enunciados declarando a participação ativa dos profissionais de saúde nos processos decisórios da clínica. O que associamos a essa circunstância é que a gerente dessa unidade há aproximadamente oito anos é uma ex-aluna do curso RMSF da Ensp, cujo comprometimento e coerência com os princípios do SUS são bem latentes na condução da sua gerência na Clínica. A coordenação da residência orienta os alunos a colocar os diagnósticos em discussão na Clínica para que as diretrizes que eles apontaram possam ser discutidas, interrogadas e problematizadas por todos, até, se possível, com a população. O caráter de inclusão e participação foram destaques de sentidos nos diagnósticos. Mais uma vez ressaltamos como o diagnóstico levanta questões de comunicação tão importantes para serem recolhidas e aprofundadas pelas equipes e alunos nas suas unidades de aprendizagens.

Nesse período, a violência foi, também, um fator limitante para se ir a campo e ter tranquilidade de reunir pessoas e executar as tarefas dos diagnósticos. Esse contexto corroborou com as condições de produção do instrumento. Alguns enunciados exemplificaram essa situação: *que a empresa responsável, Correios, não circula por diversas ruas da comunidade devido à violência do território; Além da violência, constante nas falas do entrevistado, como “a comunidade não se sente nada protegida”; [...]a unidade estava com Acesso Mais Seguro em vermelho - o que indica a impossibilidade de transitar pelo território. A violência armada em Manguinhos é a principal razão impeditiva do processo de trabalho e um fator determinante no adoecimento dos usuários e dos profissionais de saúde que residem no território.*

Os diagnósticos, por vezes, apresentaram posições confusas em relação à conceituação da comunicação. O DSPCFASF apresentou a Comunicação tanto pela dimensão instrumental quanto compreendida como direito e prática da cidadania, protagonista na vida sociocultural, do lugar da sociabilidade, da existência dinâmica. Uma percepção dada a ela como uma prática social, ultrapassando a visão instrumental. Ele também afirmou o caráter indispensável e fundamental na construção dos trabalhos de Cuidado Integrado e Compartilhado. De todo

modo, podemos afirmar que a Comunicação é um dos pontos centrais desse diagnóstico. Há nos enunciados uma preocupação constante em apontar onde eles se instauram e o desejo de resolvê-los.

5.3.2 Participação



Figura 4: Representação gráfica da Rede de Sentidos atribuídos a Participação com relação a comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos/Fase 2

Como na representação anterior, vemos acima os sentidos da participação atribuídos à comunicação. Os que se destacaram nos enunciados foram: diálogo, negociação, vínculo, atuação, inserção, protagonismo, inclusão e interlocução. A palavra participação aparece 10 vezes no DSPCFAD, 6 vezes no DSPCFASF e 12 vezes no DSPCSEGSF.

Por unanimidade, os diagnósticos mantiveram seus enunciados afirmando a importância da participação como princípio do SUS, implicitamente, por essa ênfase a comunicação está, também, sendo afirmada, pois como já falamos nessa tese, não há comunicação sem participação.

Nesse sentido, todos os diagnósticos expressaram nos seus enunciados que a construção do Diagnóstico se deu através da participação coletiva dos atores que colaboraram com a sua construção, criando uma expectativa no leitor de ver expressada essas vozes na composição do conjunto das intervenções previstas na sua construção, ambição essa que se frustra ao término da leitura. Não há uma apresentação consistente de conceituações

atribuídas ao processo de participação, já que foi escolhida uma metodologia que tem como princípio a participação.

A escassez da consistência da discussão sobre participação e comunicação tanto nas unidades de saúde quanto nos processos formativos na área da saúde pode, simplesmente, ocasionar uma conversa que seja conduzida muito mais pela perspectiva instrumental do que pela perspectiva dialógica, obstruindo ou tornando inconsistente a vocação da participação popular e democrática dos usuários e profissionais de saúde no SUS. Sem a perspectiva de um entendimento sobre as maneiras de participar, das forças atuantes na dinâmica participativa, é muito mais plausível lançar mão desse modelo do que uma perspectiva que estejam presentes falas e atos não autorizados, principalmente daqueles que se encontram nas bordas periférica, desconsiderados e negligenciados pelas políticas públicas.

A incidência maior da participação está nas potencialidades, cujos enunciados expressam o sentido de inclusão individual e coletiva tanto da população nos espaços de representação cidadã nos territórios, quanto do protagonismo, em alguns casos, dos trabalhadores nos processos decisórios da unidade de saúde. Nessa perspectiva, os diagnósticos enunciaram e afirmaram a importância da presença de instâncias colegiadas de participação nas áreas cobertas pelos campos de práticas dos alunos.

No DSPCSGSF, o Colegiado Gestor e o Conselho Gestor Intersetorial é expresso como espaço de gestão participativa comunitária para tomada de decisões da população no território de Manguinhos. O projeto TEIAS é, também, enunciado como instância na luta por democracia e mudança. É uma iniciativa de cogestão dos equipamentos e dispositivos setoriais, cuja experiência vai além da integração da rede estrutural de serviços e ações de saúde, ele incorpora na sua missão componente da produção de conhecimento acadêmico, ensino e pesquisa, composição essa que se diferencia das vivências dos outros cenários de práticas dos alunos. E, com essa perspectiva, o diagnóstico discute e aponta o protagonismo, o direito, a visibilidade, a escuta, a negociação, o lugar de fala, a ampliação com mais intensidade que os demais, fato que se revela na predominância da incidência da palavra participação sobre os demais diagnósticos.

Inserida como condição potente está atribuída a ela os sentidos de protagonismo, direito, visibilidade, escuta, negociação, lugar de fala, ampliação. O DSPCFAD não traz nenhuma associação da palavra Participação com alguma instância de representação. Por outro lado, o método utilizado para coleta de dados, a entrevista, apresenta na sequência do seu roteiro a seguinte pergunta: *O que você acha da **participação** popular na clínica? Você*

conhece o Conselho gestor? Dessa forma, convoca os sentidos da Comunicação na mesma direção apresentada no DSPCSEGSF e convoca a interrogação.

Alguns diagnósticos sinalizaram que os profissionais de saúde e a população participam de espaços coletivos de discussão. Eles sinalizam que o exercício da participação nesses espaços desenvolve a habilidade de negociação, interlocução e diálogo imprescindíveis para estabelecer processos comunicativos que exigem habilidade para participar de processos decisórios, nas lutas e na transversalidade das linhas de cuidado. É uma noção de comunicação que sinaliza a concepção de direito.

A participação se afirma, também, na introdução onde é enunciado que o diagnóstico afirma o sentido relevante da sua construção: a participação que pressupõe dar voz, dialogar, escutar, negociar os pontos de vista, conceber a discussão para dar sentido à construção privilegiada de se ter as visões do serviço, do ensino e da população. De várias formas, mas não de forma muito expressiva, se concebe a presença desses atores. A metodologia expressa de que forma se deu das vivências dos alunos na experiência tanto na sala de aula, quanto no campo de prática; das entrevistas com as lideranças comunitárias e dos profissionais de saúde. Desse modo, o diagnóstico cria a expectativa no leitor de ver expressada essas vozes na composição do conjunto das intervenções previstas na construção do Diagnóstico Situacional Participativo, perspectiva que se mostra muito tímida na proposta de construção participativa.

No DSPAD, a rede social Facebook foi a única rede considerada como um instrumento de indagação da Participação dos usuários nas atividades da clínica.

5.3.3 Promoção da Saúde



Figura 5: Representação gráfica da Rede de Sentidos atribuídos a Promoção da Saúde com relação à comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos/Fase 2

A promoção da Saúde é uma política forte na saúde que se coloca como uma das estratégias de produção da saúde, que opera de forma articulada às demais políticas desenvolvidas e potencializa ações que respondam às necessidades de saúde no SUS. Nesse sistema, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. Ela tenta resgatar a atenção sobre esses condicionantes e promover benefícios, melhorando as condições de saúde e a qualidade de vida tanto individual quanto coletiva. Porém, todos esses aspectos só serão, de fato, impactados se a discussão sobre a comunicação e saúde puder ser incluída nessa pauta.

Contudo, o direcionamento para se discutir a comunicação nos diagnósticos demonstrou ser limitado, mas os sentidos atribuídos à promoção da saúde – Vínculo, Interação, Pertencimento, Participação, Diálogo, Acolhimento – convocam a discussão, ou mesmo chamam atenção para incluir a comunicação nessa reflexão. A expressão “Promoção da Saúde” vem acompanhada de um conjunto de atividades que fazem parte das suas

estratégias de ação, como prestar assistência multiprofissional, realizando ações de educação, prevenção. Os diagnósticos costuram esses sentidos de forma distintas tais como: DSPCSEGSF como atividade multiprofissional ancorando os sentidos de diálogo, interlocução e acolhimento; DSPASF com a intersetorialidade e integralidade de saberes. O DSPAD associa a atividade do Programa Academia Carioca como uma atividade coletiva de interação social fortemente associado aos sentidos de vínculo, interação e inclusão.

Mesmo que seja imperativa a integração e vinculação do usuário, e a participação social seja almejada em todos os níveis do SUS, o modo de operar com as outras políticas e processos, tradicionalmente, está atrelado à perspectiva individualizante e fragmentária onde os usuários são considerados e responsabilizados pelas mudanças do processo saúde-doença. Os cuidados integrais com a saúde implicam ações de natureza da promoção da Saúde. Essas atividades ou práticas pressupõem prestar assistência multiprofissional realizando atividades de educação e prevenção. Mesmo admitindo haver uma reflexão crítica sobre as metodologias utilizadas de educação e saúde, elas não são traduzidas na prática dos serviços. Há um hiato entre a reflexão teórica e a atividade prática. O que vemos nos serviços é a manutenção da prática hegemônica de educação em saúde ainda prescritivas e conservadoras.

Por outro lado, alguns enunciados do DSPCFASF associam controle social a apropriação do espaço da Clínica, identificado como lugar de troca de afetos, trocas de experiência inserindo a promoção da saúde numa outra perspectiva curativa, menos biomédica - *Controle Social e Processos grupais-[...] vêm no contexto de possibilitar a apropriação dos usuários e usuárias do espaço da Clínica como ambiente também de troca de afetos, convivência com outras pessoas, trocas de experiência e **promoção da saúde** e cuidado sobre uma perspectiva mais artística e menos biomédica e/ou do biopoder* (DSP Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos Item 6.1 Árvores de Desafios e Potencialidades. Pág. 77). Não necessariamente isso quer dizer uma grande mudança, mas se utiliza das brechas deixadas pelos procedimentos biomédicos, e oferece recursos terapêuticos outros, como as artes, que pressupõe, inevitavelmente, a escuta, o diálogo, a interlocução e valores culturais trazendo a comunicação como a grande parceira para problematizar a instalação do sofrimento, do adoecimento e permanência de algumas doenças.

Dessa forma, potencializar a discussão sobre Promoção da Saúde, determinantes e os condicionantes do processo saúde-doença e comunicação é o que a sistematização dos sentidos nos apontou.

5.3.4 Rede

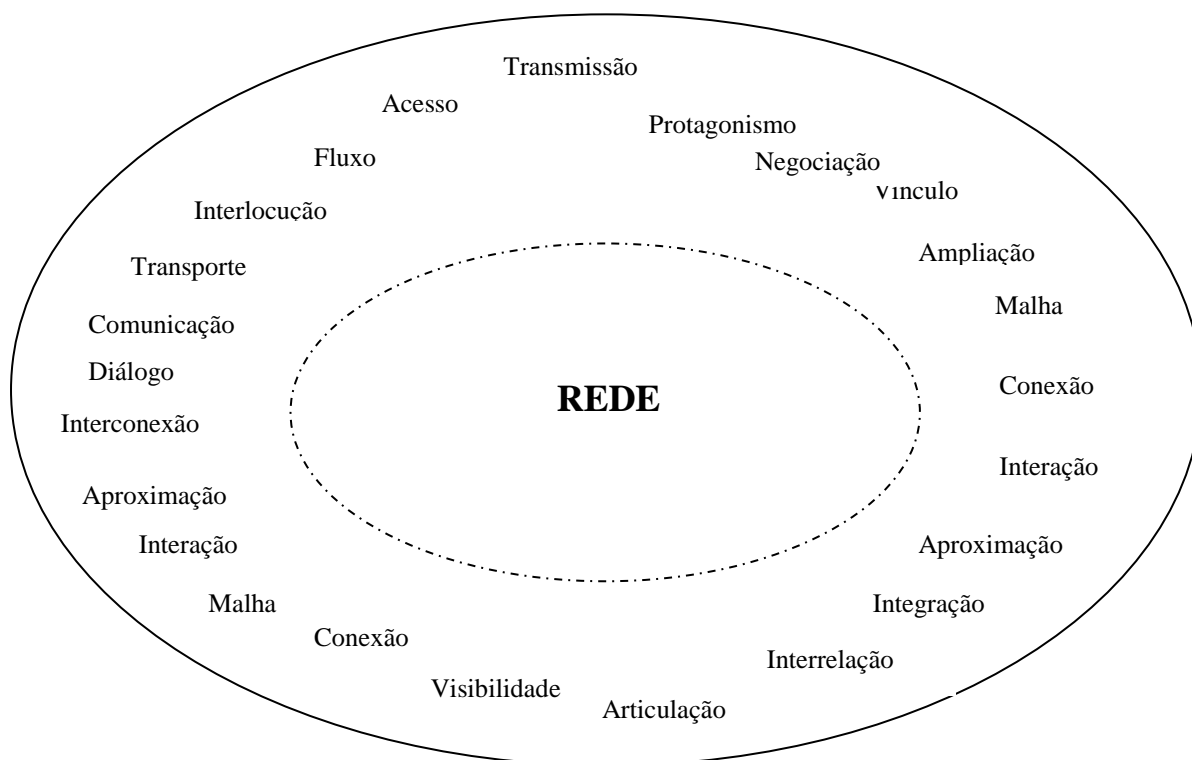


Figura 6: Representação gráfica da Rede de Sentidos atribuídos a Rede com relação à comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos/Fase 2

Rede é para o SUS uma palavra estruturante para se compreender e pensar o sistema de saúde. Não só as Redes que estruturam formalmente seu o funcionamento mas, também, as redes sociais e as redes informais de apoio que se instauram por necessidade territorial circulando informações importantes da dinâmica do território.

Na produção da vida nesses territórios encontramos uma série de experiências de enfrentamento de forças hostis do abandono, da violência da desigualdade social, do preconceito, que transformam todo esse poder ameaçador, muitas vezes, em processos de invenção e criação que se viabilizam através de redes e coletivos que se juntam para transformar o desafio da sobrevivência com processos criativos.

Muitas vezes ouvi dos ACS que, por conta da violência, todo dia pela manhã é preciso entrar no grupo do whatsapp para saber se está tendo tiroteio na área da favela. Essa rede interna de apoio informa sobre a situação da violência, onde ela está se dando, em que região, ruas e becos para que os moradores possam se proteger e planejar a vida. Por exemplo: saber

se a escola abriu pra poder levar os filhos, se as linhas de ônibus estão passando para saber se o marido vai poder sair para trabalhar; se a Clínica abriu para saber se vai trabalhar. Todo esse entrelaçamento das redes formais e informais caracterizado nos diagnósticos envolve os sentidos de interlocução, diálogo, aproximação, articulação, integração, pertencimento, aproximação.

As redes de atenção à saúde, coordenadas pela APS, têm como atribuição ações cooperativas e interdependentes que promovem a dinâmica da atenção contínua e integral a uma população. Para que as Redes cumpram seu papel, é imprescindível que a APS esteja organizada, coordenando o cuidado, se responsabilizando pelo acompanhamento do fluxo do usuário na rede hierarquizada de Atenção à Saúde. Mas, para retratar o funcionamento da dinâmica desse fluxo, é preciso incluir o papel das redes informais para se chegar mais perto de como as coisas se diferenciam em potencialidades e necessidades.

Os diagnósticos apontaram a fragilidade na articulação das redes formais que referenciam os territórios, tanto em relação à disponibilidade de equipamentos quanto à articulação e interlocução entre elas. Esse problema de comunicação acarreta obstruções de acesso, confunde o usuário e, muitas vezes, ele fica sem assistência e amparo depois de uma alta, por exemplo. Essa descaracterização do fluxo impede a integração das redes e debilita o processo de interlocução. No DSPCSEGSF, associa a rede o sentido de interlocução mas, ao mesmo tempo, sinaliza que no contexto da unidade aponta dificuldades em construir ações que perpassam por essa lógica e, como consequência, os encaminhamentos seguem uma lógica ambulatorial. Aposta no envolvimento dos profissionais no processo de co-gestão que pressupõe mais articulação, diálogo e negociação. Em toda essa cadência de encaminhamento, o sentido atribuído à comunicação se traduz em negociação, interlocução e aproximação, sentidos identificados como processos comunicacionais.

As Redes Informais foram identificadas como espaços de visibilidade, protagonismo e ampliação de vozes locais. Os diagnósticos apontaram que a dinâmica de algumas dessas redes apresentavam fragilidades na conexão das suas relações. Para dar conta desse problema o diagnóstico propõe articular ações intersetoriais, mobilizando articuladores locais e movimentos sociais como, também, fomentar a participação dos profissionais em espaços de representação coletiva para ajudar a potencializar as vozes territoriais. Os sentidos de negociação, interlocução, movimentação, acesso e escuta colocam a Comunicação, como protagonista de toda essa dinâmica.

5.3.5 Território



Figura 7: Representação gráfica da Rede de Sentidos atribuídos ao Território com relação à comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos/Fase 2

O Território, como podemos perceber na figura acima, é a confluência de todos os sentidos promovidos pelas palavras plenas na dinâmica contextual e textual dos enunciados nos diagnósticos. A palavra território vem revestida de muitas camadas de sentidos tendo o contexto sua maior significação. Para Milton Santos, o território abriga os vários mundos dos homens, das instituições e das organizações num desempenho de cooperação solidária. E dessa interação originam e coexistem valores culturais, sociais e econômicos, dentre outros. O indivíduo deixa de ser visto de forma fragmentada e isolada passando a ser reconhecido na sua totalidade por todos esses valores.

Considerado como espaço vivo de relações sociais e de poder, o território é tipificado por muitas disputas (pelo tráfico, pela disputa de armas, pelas milícias, pelo poder público) que se organizam para manter um mínimo de estabilidade. Essas forças estão em estado constante de negociação, produzindo discursos, constituindo redes de sentidos que, diante de todo cenário de violência e opressão do Estado, retrai a circulação, compromete a participação nos espaços coletivos, dificulta a promoção de vínculos. Dessa forma, muitas redes coletivas

se tornam invisíveis e impossibilitadas de fazer circular ideias. Um enunciado aponta o desafio de dar visibilidade às Redes coletivas que se constituem no cotidiano do Território e que muitas vezes são invisíveis aos gestores e trabalhadores. O desafio que está posto nesse enunciado é possibilitar que os indivíduos possam fazer circular suas ideias e concepções produzindo sua própria visibilidade. Uma população só luta pela sua voz quando é dado a ela direito de falar e ser ouvida. Os sentidos atribuídos à comunicação estão claros.

A identidade cultural, a história e a pluralidade corroboram com o fortalecimento dessas vozes. Em muitos diagnósticos, os enunciados trouxeram as narrativas dos moradores a respeito da história da comunidade. No DSPCESGSF, a descrição foi pela valorização por ter sido de uma área nobre de fazendas; no DSPADF, a exploração escravocrata com os engenhos de açúcar e cultivo de café, após a forjada abolição. As pessoas negras instituíram suas moradias nesta região e, conseqüentemente, o samba teve seu protagonismo. No DSPCFAED, a identidade com a ocupação da área por conta da reurbanização do centro do Rio de Janeiro, que se transformou ao longo dos anos numa área fabril nobre.

A construção das narrativas dos moradores a respeito da história da comunidade faz com que os moradores ancorem as próprias identidades, valores e tradições da alimentação e formas de se cuidar e se curar. O entrecruzamento de discursos e sentidos que perpassam o território associados ao discurso da saúde estão diretamente relacionados à comunicação: negociação e interlocução, que já foram trazidas pelas palavras plenas anteriores. A diversidade de perfis de usuários assistidos nas unidades vem com um acervo de conhecimentos e símbolos culturais locais, que muitas vezes está longe das abordagens das mensagens das campanhas publicitárias e do material educativo produzido pelo Ministério da Saúde. Esses pontos não foram abordados nos diagnósticos.

Os sentidos da palavra atribuídos a comunicação estão para além do modo de organizar as práticas para responder as doenças. Os diagnósticos sinalizaram que os serviços devem estar organizados em promover a interlocução, o diálogo e o vínculo para realizar uma compreensão ampliada das necessidades nos contextos da população que assistem.

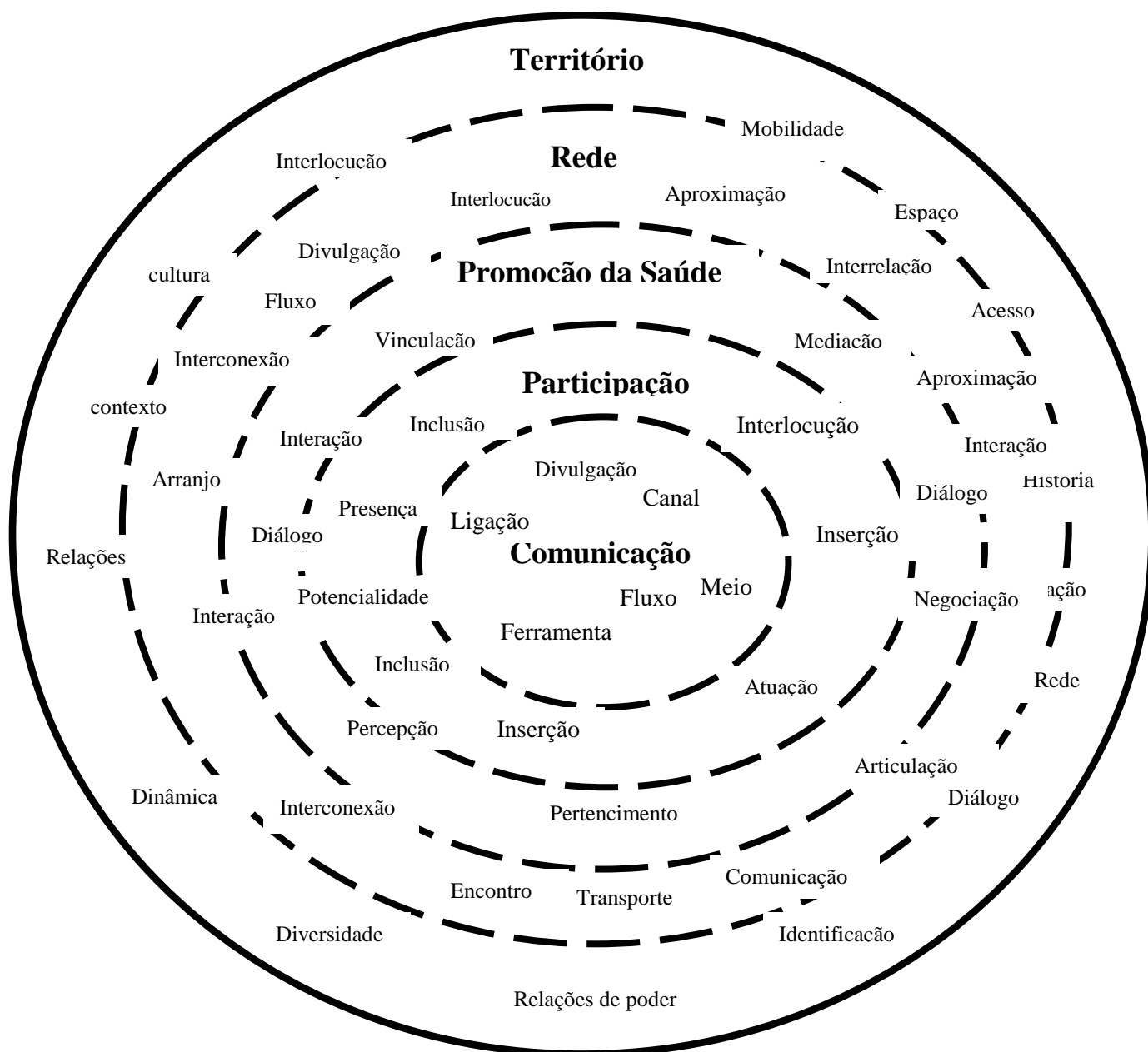


Figura 8: Representação gráfica da Confluência da Rede de Sentidos atribuídos a Palavras Plenas em relação à comunicação nos Diagnósticos Situacionais Participativos. /Fase 2

Essa última representação gráfica se propõe a mostrar o quando os sentidos das palavras plenas atribuídos à comunicação, não tem fronteiras. Dependendo do contexto textual, do contexto situacional e das condições de produção eles se rearranjam e se ressignificam.

5.4 TERCEIRA FASE: ANÁLISE

Essa terceira fase é a confluência das percepções das fases anteriores. As palavras utilizadas possibilitaram emergir os sentidos atribuídos à Comunicação na materialidade textual do que se denominou de Diagnóstico Situacional Participativo - DSP. A análise permitiu explorar pontos importantes a respeito de como se deu a abordagem e a circunscrição da Comunicação na transversalidade dos temas estabelecidos na estrutura do instrumento, constituindo-se numa rede de sentidos ora emersa ora submersa na superfície textual. A análise apontou pontos importantes tanto para se pensar a Comunicação nas estratégias de ação na gestão do cuidado dos serviços de Saúde da ESF, como para contribuir para uma reflexão crítica sobre a inserção da Comunicação no processo formativo da RMSF/ENSP.

De acordo com os resultados da análise, o DSP abre um caminho de muita potencialidade para o estudo e a abordagem da Comunicação no cotidiano da atuação das ESFs nas populações assistidas. Trata-se de um exercício que mergulha nos processos de trabalho e na dinâmica do território de forma abrangente se colocando, em princípio, no exercício dialógico participativo de se discutir os problemas e construir estratégias de ação de Cuidado, pressupondo a interlocução dos atores envolvidos e isso, de acordo com os objetivos da pesquisa, possibilitou muitos questionamentos.

É como se agora estivéssemos diante de uma grande angular, ampliando o campo e o ponto de vista sobre a relevância do que pudemos constatar sobre a Comunicação na dimensão da realização do Diagnóstico Situacional Participativo. Diante disso, há a necessidade e, por isso, uma motivação de fazer as críticas necessárias sobre o que nos apontou a análise e seus resultados. Essa não é uma tarefa fácil, e nunca foi, mas potente, o adjetivo que nos interessa para se repensar e renovar o já instituído, a visão de curto alcance.

O perfil do instrumento traz na concepção da sua construção a prerrogativa da confluência de diversos olhares e diferentes abordagens, e a disposição para enfrentar as divergências de pontos de vista para se fechar um Diagnóstico Situacional. Elaborar estratégias para atender as demandas socio-sanitárias apontadas pela população teve a Comunicação como fator transversal determinante para constituir essa análise.

À medida que debruçamos sobre os resultados, percebemos que por unanimidade nos Diagnósticos, a Comunicação foi eleita como fator primordial nas ações de saúde. Ela se fez presente em todos os setores dos diagnósticos. Mesmo que ela esteja predominantemente circunscrita pela dimensão instrumental, os temas foram interrogados sob os sentidos atribuídos à comunicação nas diversas circunstâncias enunciativas.

A forma de interpelar por essa dimensão, como já apontamos em capítulo anterior, produz um horizonte crítico limitado. Mantém a Comunicação numa posição neutra ou auxiliar, e a riqueza e conclusões da discussão, segundo a qual ela poderia produzir, se perdem. Esse sentido dominante é uma herança do modelo desenvolvimentista que ainda deixa as suas marcas de práticas biomédicas, repercutindo na assistência e na formação dos profissionais que vão atuar na Saúde.

De forma contraditória, os sentidos que emergiram com maior incidência nos Diagnósticos foram a necessidade de interlocução, diálogo e negociação, revelando a fragilidade e obstrução nas relações entre equipes, usuários, gestores, equipamentos intersetoriais, redes formais e informais, indicando a necessidade de se aperfeiçoar o processo comunicativo de aproximação com mais conteúdo e clareza, a fim de garantir mensagens melhor dimensionadas e, de certa forma, que o sucesso do processo comunicacional se estabeleça, pleno, livre de ruídos e vícios. Da mesma forma, as orientações à população possam estar legitimadas pelas vozes autorizadas, pressupondo seu cumprimento.

Nesse sentido, Araújo ajuda a fortalecer nossa crítica aos resultados da análise. Para a autora, e nos alinhamos a ela, a Comunicação é um processo muito mais complexo do que pressupõem a singeleza e linearidade de sua compreensão. Diz respeito a disputas de poder, de negociação de muitas vozes, operadas através dos discursos, que podem vir a produzir, ao mesmo tempo, visibilidade ou obliteração, dependendo do contexto de quem estiver falando, por onde se apresenta. A Comunicação, nesse caso, sempre será uma relação que as pessoas estabelecem entre si, num esforço para ver quem será ouvido, reconhecido e mais valorizado pela potência do que diz e do que traz, oferecendo uma perspectiva de acréscimo e transformação, que venha interessar a quem participa do processo.

A análise do Diagnóstico mostrou que os espaços de representação coletiva existem, mas são pouco valorizados, principalmente, pelos profissionais de Saúde. Os Diagnósticos valorizam a presença desses espaços, apontam sua importância, sinalizam, em alguns casos, que a população procura ocupar os espaços de representação cidadã, mas descrevem meramente a fragilidade da situação de participação e não desenvolvem uma discussão sobre sua importância na dinâmica da Clínica e do Território como princípio do SUS. Assim, podemos dizer que uma visão da Comunicação, mitigada como instrumento ou apêndice, deixou fragilizada, ou mesmo, negligenciada a discussão comunicação, direito, cidadania e saúde.

Uma das razões que, porventura, isso pode ter ocorrido é a percepção reducionista da comunicação na forma como ela foi apresentada e conduzida a reflexão, que nos pareceu ponto importante que a análise trouxe.

O risco de se reduzir a Comunicação a uma forma, como o guia de orientação do DSP, inserindo-a no seu roteiro, está associado ao sentido de transmissão de informação. Essa ocorrência não surge do nada, vem através da herança de modelo desenvolvimentista que mencionamos acima, e é reproduzida por quem o elaborou e teve o aval de quem a ofereceu aos alunos para se orientarem.

Um aprisionamento dessa forma dificulta a leitura de que é pela comunicação que se tem a possibilidade de promover a visibilidade, de autorizar e valorizar ou não o saber, de oportunizar a luta contra a iniquidade. Essas questões estão todas perpassando o diagnóstico. A sua construção é uma grande oportunidade de descortinar essa visão e trazer a discussão, tanto nas equipes do município quanto em sala de aula na residência. É uma oportunidade de desestabilizar a percepção da comunicação – como processo, técnica e vivência – para além do instituído, e elevá-la a uma condição primacial, relevante, digna de questionamentos mais inquietantes, que desdobrasse em discussões mais amplas no processo de educação permanente, por exemplo, consentindo e provocando discussões coletivas em que se questionasse a relação entre a comunicação e a determinação social da saúde. Essa discussão poderia ser pautada nas reuniões de equipes em que as diferenças sociais, ambientais e de saúde das áreas de atuação e responsabilização das equipes fossem argumentos para se pautar pontos em comum e divergentes para promover esse debate. Uma Discussão que poderia ser disparada em setores do instrumento se adequando perfeitamente aos propósitos do instrumento.

O fato do Diagnóstico não aprofundar e ampliar a discussão, a participação é uma delas, enfraquece a possibilidade de dar visibilidade, compreender, reconhecer as estratégias e recursos criativos produzidos localmente, como as lutas incessantes que são travadas para obter os direitos legítimos dos moradores dos territórios assistidos. Eles possuem identidades próprias, trazem uma série de símbolos que os diferenciam dos demais espaços urbanos. Os recursos de subsistência cotidiano desenvolvidos através das inteligências locais, de uma maneira geral, não são valorizados e, muitas vezes, negligenciados pelas autoridades públicas, inclusive as da Saúde.

Para Santos, há uma necessidade de reinventar a emancipação social e, para isso, ele defende um tipo de racionalidade baseada em princípios epistemológicos que denomina “Razão Indolente”, porque extingue as experiências que o autor nomeia de “ausências”, que

são os temas tidos como desinteressantes para a maioria das pessoas. São conhecimentos, ideias, práticas e recursos que passam despercebidos, negligenciados por causa de preconceitos. Para o autor, a experiência social no mundo é muito mais abrangente do que o que a tradição social científica ou filosófica ocidental conhece e considera importante. Esta pluralidade de riqueza social está sendo desprezada e é, a partir deste refugio, que as ideias se alimentam, passando por cima daqueles que não davam nada por elas. Como tais experiências não são reconhecidas, a aproximação com órgãos oficiais é perda de tempo.

Contudo, o acesso a essas experiências torna-se fundamental com a compreensão de que o saber científico é incompleto, assim como todas as formas de conhecimento. Na medida em que é possível reconhecer a pluralidade e a riqueza desses diferentes saberes, formas híbridas de conhecimento podem surgir e serem colocados em cena (SANTOS 2004). A sociologia das ausências tem como objetivo empírico tornar visíveis as manifestações sociais submersas ou marginalizadas e, com base nisso, transformar as ausências em presenças. A sociologia das ausências visa demonstrar que as experiências sociais ocultadas são considerada pelo pensamento hegemônico como não-existente (SANTOS, 2004). Os diagnósticos apresentam a possibilidade de convocar essas experiências e promover um debate sobre suas expressões com relação às estratégias de construção coletiva e híbrida de saberes em novas possibilidades de cuidado.

Nessa mesma linha, Santos nos ajuda com outras reflexões a respeito dos sentidos de atuação, protagonismo e pertencimento, fornecidos pela palavra “participação”, atribuídos à Comunicação nos DSPs. Os três Diagnósticos trazem como autoria principal os alunos da Residência, e as participações dos outros atores que, sem menos importância, foram peças fundamentais na construção do instrumento, são referidas na introdução dos DSPs de forma insípida. Como vimos anteriormente, o reconhecimento e nomeação dos participantes, daqueles que têm a propriedade da experiência da desigualdade, da enfermidade, de agravos ou problemas, é ter como premissa uma equidade distributiva dos lugares de fala. Essa é uma condição que, devidamente aproveitada, poderá promover movimentos para uma nova configuração das relações de poder e reconhecimento de outros saberes. Um reconhecimento que visibiliza e prestigia a sabedoria popular a respeito do lugar onde vive. Uma oportunidade de estabelecer e visibilizar pactos de troca. Santos nos aponta que, nos ambientes acadêmicos, subsiste pouco favorecimento para saberes e conhecimentos não científicos. A característica de produzir conhecimento, isto é, teorias e métodos, retrai, deslegitima, desacredita e invisibiliza conhecimentos advindos de outra matriz experimental de constituir um tipo de saber e, assim, são mantidas as monoculturas. Para o autor, essa é uma das formas mais

poderosas de produção da não existência, isto é, tudo que é produzido fora dos domínios da Ciência é identificado como desconhecimento (SANTOS 2004).

A análise, também, aproximou a relação da Comunicação na formação da RMSF e, diante dela, foi possível ter uma visão mais clara e ampliada sobre como se deu a abordagem e a demarcação da Comunicação nesse processo, observando as orientações do guia, o desenvolvimento e resultado da elaboração dos Diagnósticos. Da mesma forma, a análise contribuiu para interrogar a Comunicação nos propósitos da UAII, tendo como perspectiva seus reflexos na sequencialidade e complementaridade das propostas das UAs do projeto pedagógico da RMSF/ENSP. De um modo geral, a Comunicação teve seu sentido expressado de forma homogênea em todos os Diagnósticos, como propagadora de conhecimento, atitudes e informação. Diante disso, sentimos que no processo formativo há muito espaço para uma necessidade de poder fazer as correlações.

Para subsidiar a análise a respeito da consagração desse sentido nos três Diagnósticos, me reportei à condição de produção à qual eles estão submetidos, ou seja, às orientações do guia de construção do DSP. Como já mencionamos anteriormente, a Comunicação não ocupa um lugar de notoriedade no roteiro do Diagnóstico. Essa situação se deve à leitura que seus autores – a Coordenação da UA II – trazem a seu respeito, revelando-se nas atividades previstas para o cenário de prática como, também, relacionadas às ações e roteiro que estruturam o eixo de assuntos que deverão ser tratados e interrogados na construção do Diagnóstico propriamente dito. Apresentada numa perspectiva linear de condutora de informação e conhecimento, a Comunicação é ancorada à dimensão instrumental discutida em outro capítulo desta tese. Por conseguinte, fica de fora a perspectiva de mediação, interlocução e negociação nos diversos âmbitos entre instituições, atores, motivos, razões e condições que retrata a prática comunicativa, aspectos esses que adquiriram presença através da emergência desses sentidos promovidos pelas palavras plenas nos enunciados.

Esse enquadramento delimita o olhar do aluno à medida que ele identifica as correlações que é orientado a fazer e seguir, para cumprir as exigências prescritas nesse instrumento pedagógico, e cumprir a tarefa acadêmica obrigatória do curso. Esse contexto institucional reflete na produção dos alunos. No caso, espelhou na construção dos Diagnósticos com as diferentes inserções da comunicação no roteiro do sumário. O que fica claro na superfície textual dos Diagnósticos é que existem concepções de Comunicação que, em algumas situações, se contradizem, ficam difusas e se perdem no Diagnóstico. A análise sinalizou que essas ondulações são merecedoras de atenção.

O tema das Redes Formais e Informais foi um desses destaques. Os Diagnósticos foram claros em sinalizar a fragilidade do processo de interlocução intersetorial, apontando a debilidade comunicacional, questão que foi destaque na discussão das redes formais e informais. Nesse cenário, foi importante atentar para o mecanismo de silenciamento e ausências que pode estar por trás dessa indolência, selecionando os interlocutores, promovendo uma obstrução no fluxo da rede, dificultando acesso e as ações de Cuidado. As Redes de Atenção à Saúde nos territórios, pelos atributos da APS, terão que ser capazes de promover interlocução e diálogo entre os intergestores e profissionais de Saúde para que a gestão, o planejamento e as ações de Saúde garantam o direito à integralidade do Cuidado. Promover essa interlocução é aproximar-se de uma arena de disputa de poder, do confronto de interesses que abriga outra concepção de Comunicação, que não é a instrumental.

Outro ponto importante está na discussão sobre a prevalência dos casos de doenças, presentes no território, que teve como proposta de intervenção atividades promotoras de saúde construídas com a participação do usuário, em princípio, um processo de interlocução, diálogo, escuta e mediação típica de uma situação comunicativa. Porém, as atividades propostas, na minha experiência, vêm carregadas de orientações verticalizadas centrada na voz autorizada, dificultando uma discussão mais ampliada para se entender e chegar mais perto das dimensões e fatores que a fazem prevalente. Se o sentido é de escuta e interlocução, analisar a Comunicação descortinando a realidade desse predomínio é tornar visível aquilo e aquele que ninguém vê e ouve, ou seja, os negligenciados e silenciados. Dar a chance de ser ouvido, de ter sua voz ampliada e respeitada é dispositivo do Cuidado. Baseado na apreciação de Merhy, a convivência assistencial e de apoio de um profissional de saúde a um usuário se efetua mediante o encontro desses dois atores. E é nesse aceno que se cultiva a oportunidade intersubjetiva de outorgar que falas sejam ouvidas nas suas reivindicações diárias e possam constituir formas de resistência, se configurando como perspectiva o acolhimento das intenções que essas pessoas esperam desses encontros, isto é, respeito, cumplicidade, confiabilidade e visibilidade. Que juntos fortalecem a construção de vínculos em prol de suas lutas e aspirações por um cotidiano de cuidado em saúde mais próximo das ambições da população. O que Ayres nos sinaliza é que ao demandar o cuidado temos que entrelaçar integralidade e humanização, porém, a comunicação deve ser incluída. Essa correlação aproxima um conjunto de possibilidades não só relacionadas ao elo entre usuário e profissional de saúde que presta a atenção mas, também, pensar em implicações outras, como a da relação entre comunicação e a insistência da permanência de situações de vulnerabilidades, como o caso da persistência de doenças em determinados territórios. Como o autor sinaliza, e

podemos perceber nos diagnósticos, que mesmo que as práticas de saúde estejam passando por uma crise, em contraste com o desenvolvimento científico e tecnológico, elas vêm enfrentando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde individuais e coletivas. A comunicação se insere nesse cenário, como ficou claro nos diagnósticos.

Dessa forma é importante questionar o quanto a insistência de uma percepção instrumental da comunicação pode estar corroborando para manutenção de índices inalteráveis da presença indesejável de agravos de saúde, pela constituição da percepção obtusa que ancora o modelo. É preciso fazer com que a atuação dos profissionais não se perca, o usuário se torne visível e os princípios do SUS não alterem seus verdadeiros e legítimos sentidos.

Vimos que em alguns trechos o contexto foi um dos sentidos prevalentes atribuídos à Comunicação. Ele deu o contorno e iluminou a leitura e interpretação nos Diagnósticos, por possibilitar o entendimento tanto em relação ao contexto textual dos sentidos das palavras plenas, quanto às condições históricas, culturais e institucionais que perpassaram a leitura da realidade territorial, institucional e profissional que constituíram e deram o tom do Diagnóstico.

A análise mostrou a presença e sinalização forte da comunicação nos DPS. O instrumento se mostrou potente para visibilizar os nós críticos da Comunicação ao percorrer o processo de trabalho, o funcionamento das redes, as relações interprofissionais, a construção dos mapas de risco e o falante, a prevalência das doenças, o funcionamento das unidades de Saúde, a constituição e a participação nos espaços de representação cidadã, a dinâmica do território, a troca entre as equipes multiprofissionais no processo formativo. Caminhos estes que são fontes preciosas para se trabalhar a Comunicação nas suas muitas dimensões. O que o torna potente é que tanto na atuação dos serviços quanto no processo formativo da residência multiprofissional o DPS possibilita interrogar os nós críticos que podem vir a se transformar em necessidades a serem trabalhadas. O que se deseja é que os olhares não reducionistas mirem na direção do complexo mundo da existência e da experiência, e ultrapassem o aprisionamento da relação saúde/doença estabelecidas pela biomedicina ao lidar com as necessidades individuais e coletivas. Nesse sentido, a reflexão sobre a Comunicação é vital. E, por fim, a hora é de continuar fortalecendo os fios que entrelaçam a dinâmica comunicacional na inserção da formação, do serviço e da população na ESF.

6. CONCLUSÃO

Pelo que podemos verificar, não foi possível esgotar as possibilidades que a pesquisa nos apontou. O objeto é, ainda, merecedor de muito mais considerações. Restringimo-nos a tratar das marcas mais evidentes, que consideramos suficientes para revelar o tratamento dado à Comunicação nos instrumentos analisados, considerando os objetivos propostos nesta tese. De qualquer forma, elas suscitaram mais inquietações e perguntas, deixando um desejo de continuar essa jornada, ampliando o recorte aqui estabelecido e nos associando aos avanços que já existem em relação à comunicação, saúde e o SUS. Por outro lado, teremos que ser capazes de perceber a complexidade dessa demanda e dar conta do que essa relação suscita.

Torcemos que seus resultados repercutam tanto na prática assistencial, quanto na formação dos profissionais de Saúde, atrelado à relação com as existências nos territórios. Uma aspiração que pensa em ultrapassar o modelo de práticas biomédicas e tornar possível a compreensão da Comunicação como um processo de produção de sentidos em rede, mediado por interlocutores.

É claro que ambicionamos, com esta tese, a ampliação dos poros ou, mesmo, a extrapolação dos muros que se projetam de forma imaginária entre a academia e o serviço. Esse é um desafio permanente. Mas propomos o atravessamento ininterrupto e sem fronteiras desses universos. Nos quinze anos de atuação na formação da RMSF, sempre me empenhei em não aceitar esse distanciamento entre esses dois espaços, tendo em mente o desejo de construir uma cumplicidade que gerasse a oportunidade de problematizar o modelo de Cuidado e os processos comunicacionais.

Dessa forma, acredito na produção de conhecimento que inspire um redesenho do modelo de gestão, de planejamento, da formação para a Saúde, da prática de Cuidado multiprofissional para o mundo dos usuários, tendo Comunicação e Saúde como balizadoras de todo esse processo. Em consequência, é desejável que haja uma atenuação na parcialidade do direito do usuário falar e reivindicar o modo de como ele gostaria de ser acolhido, cuidado e ter sua vida valorizada, individual e coletivamente.

Essa conclusão prima e busca por destacar a importância do SUS, a imprescindibilidade de ele ser apropriado pela população e, também, pelos profissionais da Saúde. A sua gênese está associada a uma conquista social e coletiva, política e civilizatória, a partir da consecução e fortalecimento de espaços coletivos de fala que garantiram a presença e expressão dessas vozes. O Diagnóstico se encontra nessa confluência. Com o exercício de coletar os dados, circular e observar o território, fazer visitas domiciliares, participar de

espaços de representação coletivo, fazer grupos na unidade, atuar como uma equipe multiprofissional – todas essas tarefas realizadas eticamente, com técnica e profissionalismo, constroem a impossibilidade da indiferença diante dos fatos e circunstâncias, de fechar os olhos, deformar, dissimular, de esconder defecções e problemas. Eles existem, tanto sob o ponto de vista dos profissionais de Saúde, quanto dos usuários, e temos de ter a capacidade de lidar com as diferenças que possam surgir desses olhares que, muitas vezes, estão distantes das premissas lógicas e dos rigores da Ciência. Basta recorrer a Fernando Pessoa que, poeticamente, nos presenteia com o verso “*Navegar é preciso, viver não é preciso*”. Olhar ao redor e perceber como cada uma e todas as pessoas são indivíduos, são universos, são diferentes. Rostos, corpos, comportamentos, personalidades e desejos.

É preciso olhar as desigualdades, estar com a justiça e a equidade, como já manifestamos nesta tese. Ter a coragem de ver e entender as linhas abissais que separam e mascaram o visível e o invisível. O Diagnóstico torna visível todos esses pontos, mas é preciso que ele reveja sua estrutura e coloque a Comunicação num lugar mais adequado aos seus fins científicos e sociais, possibilitando caminhos reflexivos sobre a sua função na Saúde, na realidade do território, para que os processos e práticas comunicacionais se afirmem, se justifiquem, se integrem às ações de Saúde Pública e Saúde Coletiva e sirvam, cada vez mais e melhor, às comunidades.

Entendemos que o mais importante, diante de um cenário de desigualdade, de ausência e de mais ou menos negligenciamento, é que devemos criar caminhos, processos viáveis, ferramentas, modos, arranjos, coletivos com a população assistida, seja ela população de rua, sem teto, quilombolas, indígenas, favelados e periféricos, estando com eles no cotidiano das lutas do dia a dia, construindo modelos e formas coletivas de viver e conviver, com dignidade e saúde. Poder realizar interações da Comunicação com os princípios do SUS e as práticas de Cuidado, suas conexões e contribuições mútuas e contínuas seriam avanços, um progresso sem fim, desdobrando-se, indefinidamente, em busca da produção de conhecimentos, visando uma Saúde Pública universal, cada vez mais justa e democrática, plena, eficiente e eficaz, em sua gestão, planos e ações. Compreender realidades e avistar horizontes ampliam a consciência, a responsabilidade e o compromisso de conceber um novo projeto ético e participativo no atravessamento dos territórios, construindo um novo modelo de Cuidado, novas práticas de Atenção à Saúde.

Para finalizar, trazemos esse signo único sem divisões “**Comunicação e Saúde**”. Um amálgama ideológico, científico e de ação. Prático. Efetivamente, formal e tecnicamente, ele não existe na Língua, na Ortografia, na Medicina, na Academia, nos Gabinetes do Poder, nas

Gestões da Saúde Pública, no trabalho de campo, nos “territórios” de pesquisa, investigação, nos Diagnósticos e nas ações de Cuidado à Saúde. Temos três palavras unidas, transformadas em uma. Entretanto, esta tese não admite os três signos, os três significantes e significados, não corrobora ou divulga as técnicas e recursos da Comunicação auxiliando, instrumentalizando ou facilitando a realização da Saúde Coletiva.

E, também, o conectivo “e” serve ao entendimento, apenas para unir irreversivelmente as duas áreas de conhecimento, quando aplicadas ao Coletivo. “Comunicação e Saúde”, aparente e, tradicionalmente, *lato sensu*, são distintas e autônomas. Mas, quando se trata de Saúde Coletiva, não. “*Comunicação e Saúde*”, para nós, é um signo, uma unidade que une significado e significante, que se traduz, indissolúvelmente, em pensamento e ação. Se estes dois signos, estas duas palavras, estas duas áreas, existem, como disse, na Semiologia, na Língua, na Ciência, nos discursos, na Linguagem e nas Falas das Autoridades e Profissionais de Saúde e entre a População, nos documentos públicos e privados – elas não podem sobreviver apenas interagindo, a primeira apoiando, instrumentalizando a segunda, permutando dados e se sustentando mutuamente. Não. São irmãos xifópagos que, na área da Saúde Coletiva, nenhuma cirurgia deve desunir, vê-las apenas em colaboração. Aqui, elas não devem e não podem sobreviver e se desenvolver, apartadas, como dois campos de conhecimento e de atuação do Estado. São ilimitados e interdependentes no propósito de um campo de saber.

Comunicação e Saúde, amalgamados, em fusão permanente, inseparáveis, “unidos para sempre”, como uma relação consistente, construída na verdade e transparência, em concreta e visível facticidade – “na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, na riqueza e na pobreza”, a qualquer tempo, na Atenção Primária à Saúde, no Cuidado Integral; em qualquer território devem perpassar, criticamente, todas as ideias, propostas, ações, planos, programas, políticas de Saúde Coletiva.

Esta tese propõe reflexões, críticas, propostas que instam a construção de princípios unívocos, fundamentos, preceitos, unidade que soma e agrega. Que os diferentes fatos e vozes da Saúde e da Comunicação sejam respeitadas e consideradas. Uma homogeneidade dentro da heterogeneidade, para pensar, construir, criar, formular, executar programas, projetos, ações de Saúde. O discurso oficial, estatal, não pode se impor autoritário e verticalmente, sem ouvir e se enriquecer com a criatividade, a realidade, as dores, os saberes e fazeres, os olhares e sentidos, sentimentos e afetos, as demandas da População que precisa do Cuidado. As informações e situações colhidas nos trabalhos nos territórios podem e devem ser iluminadas, compartilhadas, discutidas, exauridas, na busca de soluções. A simples interlocução e troca de

informações, de meios e métodos, de ferramentas, entre a Saúde e a Comunicação não irão otimizar, ao menos efetivar, os princípios e objetivos do SUS; não darão consistência aos cursos de formação e aperfeiçoamento da Escola de Saúde Pública; não oferecem verdade, eficiência e eficácia da ESF ao trabalho das Clínicas da Família – enfim, a todas as ações de Cuidado Integral, preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil. Comunicação e Saúde não podem apenas dialogar e se subsidiarem. Devem agir integradas, como um só corpo. Separadas, elas se estranham, se distanciam, não somam, se fragilizam, ora se sobrepõem, ora se precarizam, ora se anulam, não atingem, minimamente, seus objetivos e metas do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A.L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C; MERHY, E.E. (Orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**.1. ed. Rio de Janeiro: Editora Hexis, 2016. v. 2, p. 22-30

ALMEIDA, J.F.; PERES. M.F.T.; FONSECA, T.L. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. **SaúdeSoc.**, São Paulo,v.28, n.1, p.207-221, 2019.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727–1742, 2008.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. **Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**,10. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde. 2006. 215 p.

ALMEIDA, M.J. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. In: _____. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. 2. ed. Londrina: Rede Unida. 2003, 89 p.

ARAÚJO, I.S. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface –Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.8, n.14, p.165-77, set.2003-fev.2004.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152p. (Coleção Temas em Saúde)

ARAÚJO, I.S.; MOREIRA, A.D.L.; AGUIAR, R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada: Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.4, supl., fev. 2013.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação do SUS. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

AYRES, J. R.C.M.O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, set-dez. 2004.

BAKTHIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec,1997. 193 p.

MARTIN-BARBERO, J. **Dos meios às mediações**. Rio de Janeiro. Editora da UFRJ, 1997. 178 p.

BARBOSA, S.; SILVA, A.V.F.G. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da Covid-19. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p.17-19, abr. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/62/43>. Acesso em: 20 maio 2020.

BARCELLOS, C.; ZALUAR, A. Homicídios e disputas territoriais nas favelas do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública** V48(1):94-102014

BARRENECHEA, J.J.; TRUJILLO, E.; CHORNY, A. **El proceso SPT/2000 y sus implicaciones para la orientación de la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud**. Bogotá: Editorial Universidad de Antioquia, 1990, 224 p.

BATISTA, E.L.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, sup. 1, e00090516, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00090516

BERNARDES, A.G. Indigenous health and public policies: alterity and state of exception. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.15, n.36, p.153-64, jan.-mar. 2011

BOERMA, W.G.W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R.S.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W. (Eds.) **Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. Berkshire: Open University Press, 2007. cap. 1, p. 3–21.

BORNSTEIN, V. J.et al. Desafios e perspectivas da educação popular em saúde na constituição da práxis do agente comunitário de saúde. **Interface –Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1327-1340, 2014.

BOURDIEU, P. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. In: BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil S.A., 1989. cap. 3, p. 59-73.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 out. 1998. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm. Acesso em: outubro de 2019

_____. Portaria Interministerial nº 3019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 nov. 2007, n. 227, p. 44. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/842465/pg-44-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-29-11-2007>. Acesso em: maio de 2018

_____. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (Pet-Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 ago. 2008, p.27. Seção I. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pr1802_26_08_2008.html. Acesso em : junho de 2019

_____. Portaria Interministerial n.421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (Pet-Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 mar.2010, p.52. Seção I. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html. Acesso: outubro 2019

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Art. 200, inciso III. Brasília, DF, 1988.

Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_atual/art_200_.asp. Acesso em: 23 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório consolidado para a 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2003.p. 4

_____. Ministério da Saúde, **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**, Brasília-DF 2010. Disponível em: http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf. Acesso em janeiro de 2020

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Pactos pela Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília, 2008. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf. Acesso em: 15 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro**. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/04_dez_carta_final.pdf. Acesso em outubro de 2018

_____. Portaria nº2488, de 21 de outubro de 2011 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 24 out.2011, n. 204, p. 55, Seção 1, pt1.

_____. Portaria interministerial nº 2101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde- para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 nov.2005, p.111. seção1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundamento a descentralização com equidade no acesso. NOAS-SUS 01/01. **Portaria MS/GM nº 95**, de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010

_____. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de set. 1977, p. 11787.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38. CAMPOS F.E.; MACHADO, M.H.; GIRADI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulg. Em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p.13-24, mai. 2009.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção com referenciais teóricos operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007.

CARDOSO, J.M. **Comunicação, saúde e discurso preventivo**: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999). 2001. 178 p. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura). Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

CARNEIRO, C.C.G.; MARTINS, M.I.C. Novos Modelos de Gestão do Trabalho no Setor Público de Saúde e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 45-65, jan-abr. 2015

CARVALHO, Y.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al.(Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 149-182.

CECCIM, R.B. Debate (Réplica). **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 175-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/01/16.pdf> Acesso em: junho de 2019

_____. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1739-1749, 2018.

CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. Articulação com o movimento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: FERLA, A.A.; FAGUNDES, S.M.S. (Orgs.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p. 163-174.

_____; _____. Mudança na graduação das Profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set-out. 2004.

CHINELLI, F.; LACERDA, A.; VIEIRA, M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A.V.; LOPES, M.R. (Orgs.). **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011. p. 33-78

CERTEAU, M. de. **A Invenção do cotidiano**. Campinas: Ed. Papirus, 1995, 320 p.

COLARES, K.P; OLIVEIRA, W. Metodologias Ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. **Revista SUSTINERE**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.300-320, jul-dez. 2018

COSTA NETO, M.M. da. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. (Cadernos de Atenção Básica – PSF, Cad. 1).

CUETO, M. The origins of primary healthcare and selective primary healthcare. **Am. J. Public Health**, Washington D.C., v. 94, p. 1867-1874, 2004. DOI: 10.2105/ajph.94.11.1864.

DALLARI, D.A. Sociedade, Estado e Direito: caminhada brasileira rumo ao século XXI. In: MOTA, C.G. (Org.) **Viagem incompleta: a experiência brasileira (1500-2000): a grande transação**. São Paulo: SENAC, 2000, p. 439-488.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 6-12 de setembro 1978, Alma-Ata, USSR. In: Ministério da Saúde -Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, fev. 2002.

ESCOREL, S. et al. In: LIMA, N.T.A. (Org). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**.1. ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 83-111.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. 1987. 208 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1987.

FEO, J.J.O.; CAMPO, J.M.F.; CAMACHO, J.G. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? **Rev.adm.sanit. siglo XXI**,v. 4, n. 2,p. 357–382,abr.-jun. 2006.

FERLA, A. A.; TOASSI, R. F. C. Formação Interprofissional em Saúde: Um Caminho a Experimentar e Pesquisar. In: TOASSI, R. F. C. (Org.) **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Ed. Rede Unida. 2017, p. 7-13.

FEUERWERKER, L.C.M. **Mudanças da Educação Médica e Residência Médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.

_____**Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, 174 p.

_____**Cuidar em saúde**. In: FEUWERKWER, L.C.; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. (Orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed.,v.2. Rio de Janeiro: Hexis, 2016, p. 35-47.

_____; CAPOZZOLO, A.A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida de eixo TS. In: COPOSSO, A.A.; CASETA, S.; HENZ, A.O. (Orgs.). **Clínica Comum: itinerários para uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013

_____; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com nossa vida? *Revista Olho Mágico*, Londrina, v. 5, n. 18, p. 5-6, mar. 1999

FLEURY, S. The Welfare State in Latin America: reform, innovation and fatigue. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, Supl. 2, e00058116, 2017

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124

GIOVANELLA, L. et al. Family Health: limits and possibilities for an integral primary healthcare in Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783–794, jun. 2009

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

GIOVANELLA L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018

GIOVANELLA, L., ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl 2, e00118816, 2017.

GONDIM, G. M. de M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. et al (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 237-255.

PASINI, V; GUARESCHI, N. Problematizando a produção de saberes para a invenção de fazeres em saúde. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Org.). **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Evangraf, 2010. p.145-160.

HAGGERTY, J. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**. 2003;327(7425):1219–1221, DOI: 10.1136/bmj.327.7425.1219.

IANNI, O. **A Era do Globalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997, 256 p.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: Organización Panamericana de la Salud (Publicación científica n. 557) **Promoción de la salud: una antología**. Washington DC: OPS, 1996, p. 15-24

KRINGOS, D.S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Serv. Res.**, v. 10, mar.2010, DOI: 10.1186/1472-6963-10-65.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, dez. 2011.

MALTA, C. D.; SANTOS, F. P.O Programa de Saúde da Família (PSF) e os Modelos de Assistência à Saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira. **Rev. Méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.13, n. 4, p. 251-259, out.-dez. 2003

MARTÍN-BARBERO, J. Comunicação e mediações culturais. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 151-163, jan.-jun. 2000.

MATTOS, R.A. A Integralidade e a Formação de Políticas Específicas de Saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Org.), **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2005, p. 47-62.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In PINHEIRO, R.; MATTOS R.A. (Orgs.), **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2006, p. 41-66.

MELO, A. M. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. esp.1, p. 38-51, set. 2018

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001, 167 p.

_____; **A Construção Social Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde– CONASS. 2015, 193 p.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 29-41, 2007

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.p. 71-112.

MOEBUS, R. L. N.; MERHY, E. E.; SILVA, E.O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde surpreendendo o instituído nas redes**. 1 ed. Rio de Janeiro: Heixis, 2016, p.43-53. (Políticas e cuidados em saúde; v. 1)

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai.-jun.2005.

MOROSINI, M. G. V. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. 116, p. 11-24, ago. 2018

NETO, M. V. F. et al. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. **Revista Âmbito Jurídico**, São Paulo, nº 76 – Ano XIII – mai. 2010.

NUNES, M.O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p. 1639-1646, dez. 2002.

NÚÑES, L.B.; RAMALHO, B.L. Competência: uma reflexão sobre o seu sentido. In: OLIVEIRA, V.Q.F. (Org.). **O sentido das competências no projeto político pedagógico/UFRN**. 2.ed. Natal: EDUFRN, 2004, p.13-34.

NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I.V.; NAVARRETE, M.L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gac Sanit.**, Barcelona, v. 20, n.6, p.485-495,nov.-dez. 2006.

PAIM, J.S. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, p. 143-145, 2001.

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728,2018.

PASINI, V. L.; GUARESCHI, N. M. F. Problematizando a produção de saberes para a invenção de fazeres em saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Evangraf Ltda, 2010. p. 145-160.

PINTO, M. J. **Comunicação e Discurso**. São Paulo: Hacker Editores, 1999, 123 p.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, jun. 2018.

PORTELLA, S.; OLIVEIRA, S.S. Pensamento durante o nevoeiro: a pandemia Covid-19. In: VALENCIO, N.; OLIVEIRA, C.M. (Orgs.). **Covid-19: crises entremeadas no contexto de pandemia - antecedentes, cenários e recomendações**. São Carlos: UFSCar/CPDI, 2020, p.371-381.

REIS, I. N. C. VIANA, M. B. Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):697-709, 2004

RICARDO, N.M.; MERHY, E.E.; SILVA, E. **O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes**. ed UICITEC, 2017.

MOEBUS, R. L. N.; MERHY, E. E.; SILVA, E.O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.). **Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde** surpreendendo o instituído nas redes. ed. Rio de Janeiro: HEIXIS, 2016, p.43-53. (Políticas e cuidados em saúde; v. 1) que foi lançada no local apropriado

ROSSONI, E. et al. Residência Integrada em Saúde Coletiva. In: MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTRUINDO UM NOVO MODELO, 1, 1999, Brasília. Resumos de trabalhos. p. 46-47.

_____; FARIAS, E. R. O processo de ensino-aprendizagem da Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 175-176, 2002.

SALAZAR, B.A.; CAMPOS, M.R.; LUIZA, V.L. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. **Ciênc. saúdecolet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 783-796, mar. 2017.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo. Razão e Emoção.** São Paulo: EdUSP, 1999, 259 p.

_____; O retorno do território. En: OSAL: Observatório Social de América Latina. Año 6 no. 16 (jun. 2005-). Buenos Aires: CLACSO, 2005-

SCATENA, J. H.G; TANAKA O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúdesoc.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, dez. 2001.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEVERO, S. B; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1685-1698, jun. 2010

SILVA, N.S. **A política e a organização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro de 2009 a 2013.** 2015. 168p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

SORANZ, D.; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção primária em saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1327-1338, mai. 2016.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Conhecimento prudente para uma vida decente.** São Paulo: Cortez, 2004 STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

TEIXEIRA, R.R. Modelos de comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 1, n.1, p. 7-40, ago. 1997.

TEIXEIRA, B. T. CARVALHO, A.P.; CECCIM, R. B. O seu olhar melhora o meu: a Interface entre o trabalho em equipe e os desafios da Multiprofissionalidade, da Interprofissionalidade, da interdisciplinaridade e da Interprofissionalidade. In: CARVALHO M. A. P. et al (Orgs.) **De Casulo à Borboleta** –a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. cap. 7,p. 174-198.

TESTA, M. **Pensar em salud.** Buenos Aires: OPAS/OMS, 1989. 190 p.

TIVERON, J.D.P.; GUANAES-LORENZI, C. Tensões do trabalho com grupos na Estratégia de Saúde da Família. **Psico**, v. 44, n. 3, p. 391-401, 2013.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, abr. 2007

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma sanitária de sistema de saúde no Brasil e Programas de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (supl.), p. 139-151, 2002.

WHO. **Primary Health Care**. World Health Organization, 1978.

WHO. **The World Health Report 2008**. Primary Health Care (now more than ever). Genebra: WHO; 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Acessado em janeiro de 2018.

APÊNDICE

**Tabelas de sentidos atribuídos às palavras plenas Comunicação, Participação,
Promoção da Saúde, Rede e Território nos DSP analisados**

Tabela 2 - Sentidos das Palavras no DSP CFAD

COMUNICAÇÃO 11			
DSP Clínica da Família Anthídio Dias			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos à comunicação nos trechos selecionados
Conhecendo o Território	Item 4.1.3 População/Psi cossocial Pág. 20	[...] quota de produção pré-estabelecida, grau de atenção exigido, <u>proibição de comunicação</u> entre os trabalhadores durante a jornada (RIBEIRO, 2011)	Relações Interlocação
	4.4.1 Redes Formais e Informais de Apoio Social/4.4.1 Redes Formais Pág.28	Ao longo do processo de imersão no campo, visitamos alguns equipamentos, a <u>fim de conhecer</u> os <u>fluxos de funcionamento</u> de cada serviço, e a comunicação que <u>se estabelece com a Clínica da Família</u> . [...]ausência de <u>meio de comunicação</u> que <u>socializem as informações</u> sobre a existência destes serviços, acarretando na invisibilidade destes dispositivos de referência.	Fluxos Diálogo Interlocação Divulgação Informação
	4.4.2 Redes Informais Pág. 30	As atividades oferecidas e eventos pontuais podem ser encontradas na página do CCJ na <u>rede social Facebook</u> , sendo esta a principal ferramenta de comunicação e <u>divulgação das atividades realizadas neste espaço</u> . A formulação da RAS dentro do Sistema Único de Saúde pressupõe então uma profunda revisão dos modelos de cuidado, estruturados então a partir desta implementação, em uma <u>rede de comunicação</u> que permite a resolutividade da atenção oferecida ao usuário[...]	Ferramenta Divulgação Disseminação
Redes de Atenção	Item 7 Pág. 60/61	. (...) Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o <u>centro de comunicação</u> na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na <u>atenção contínua e integral</u> , pelo <u>cuidado multiprofissional</u> , pelo <u>compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos</u> (BRASIL, 2010).	Fluxo Relações
Necessidades e potencialidades	Item 8.2 Necessidades Pág.65/66	Em relação à intersetorialidade e matriciamento, durante o período de realização do diagnóstico situacional, realizamos um <u>levantamento dos dispositivos sociais presentes</u> no território que compõe a <u>rede de serviços bem como contato com alguns profissionais e equipamentos</u> . Pudemos notar que a comunicação com estes espaços varia bastante. Enquanto equipe, estamos iniciando nosso processo de trabalho na clínica, <u>acompanhando os casos multiprofissionalmente</u> em sua maioria. [...]Também foi possível constatar, uma <u>fragilidade relevante</u>	Interlocação

COMUNICAÇÃO 11			
DSP Clínica da Família Anthídio Dias			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos à comunicação nos trechos selecionados
		<p>na comunicação entre alguns profissionais do CAPS e a <u>clínica</u>, ao referenciarmos casos de alta complexidade para acompanhamento nestes dispositivos.</p> <p>Assim, essa comunicação também não era efetiva, colocando a <u>unidade como pouco referenciada neste espaço educacional</u>. A mesma <u>relação de distanciamento</u> foi observada na escola Horácio de Macedo, a qual visitamos posteriormente.</p> <p>Entendemos que tais <u>fragilidades no fluxo de comunicação com os equipamentos que compõem a rede</u>, também podem ser observadas no <u>trabalho de matriciamento</u> realizado na unidade.</p>	<p>Relação Interlocação</p> <p>Contato Relação Interlocação</p> <p>Contato Relação Interlocação</p>
Plano de Ação	Item 9 Quadro de Plano de Ação da Equipe Viúva Cláudio Planilha de Plano de Ação Pág.70	<p>Descrição da situação: Fragilidade da rede intersetorial</p> <p>Objetivos: <u>Qualificar a comunicação com os equipamentos do território.</u></p>	<p>Articulação Interlocação</p>

PARTICIPAÇÃO			
DSP Clínica da Família Anthídio Dias			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos à participação nos trechos selecionados
Introdução	Item 1 Pág. 10	Foi <u>construído coletivamente</u> pelas residentes do campo e com aparticipação popular de moradores e trabalhadores do <u>território</u> através de entrevistas e conversas.	Diálogo Interlocação
Metodologia	Item 3 Pág.12	Além destes, também contamos com a participação em <u>grupos desenvolvidos na clínica</u> , com a <u>realização de visitas domiciliares</u> e a imersão em alguns processos de trabalho que permeiam o cotidiano da unidade, como por exemplo, a <u>organização do acolhimento</u> , as reuniões de equipe e as <u>reuniões gerais</u> .	Interlocação
Conhecendo a Clínica da Família	Item 5.3 Estrutura Física, nº Equipes e Quadro de Pessoal - Pág.41	Nesse sentido, na CFADS, <u>os trabalhadores (ACS) possuem protagonismo na participação</u> dos processos decisórios da unidade ou dentro das reuniões de equipe. Além disso, <u>fortalecem os ambientes grupais</u> , seja referenciando os usuários, organizando a demanda que chega, <u>participando ativamente na mediação</u> e construção	Protagonismo Mediação
	Item 5.7 Percepções da Comunidade acerca do Serviço de Saúde Pág.51	A <u>rede social Facebook também é um instrumento de verificação da participação</u> dos usuários nas atividades da CFADS e da percepção destes quanto aos serviços prestados.	Mediação
Redes de Atenção	Item 7.1 Rede Intersetorial e esquema de relação de vínculo Pág. 63	Outra instância participativa central para efetivação destas redes é a participação social , <u>um dos princípios organizativos do SUS</u> .	Atuação Presença Protagonismo
Necessidades e Potencialidades	Item 8.3 potencialidades Pág. 69	Exemplos que podem ser presenciados no cotidiano são as festividades: a clássica Festa Junina que conta com a participação de muitos usuários caracterizados e <u>altamente envolvidos no processo de organização e planejamento</u> [...]	Inserção Vínculo Inclusão Presença
		Participação dos Agentes Comunitários de Saúde nos processos da clínica: os ACS são profissionais pilares na Estratégia Saúde da Família, sendo os principais responsáveis pelo acompanhamento longitudinal, pela territorialização do cuidado em saúde, pelo <u>fortalecimento de vínculo entre usuários e ESF</u> , [...]	Protagonismo Vínculo Mediação
		Nesse sentido, na CFADS, <u>os trabalhadores (ACS) possuem protagonismo na participação</u> os processos decisórios da unidade ou dentro das reuniões de equipe. Além disso, fortalecem os ambientes grupais, seja referenciando os usuários, organizando a demanda que chega, <u>participando ativamente na mediação</u> e construção.	Protagonismo Mediação

PARTICIPAÇÃO			
DSP Clínica da Família Anthídio Dias			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos à participação nos trechos selecionados
Plano de Ação	Plano de Ação equipe Viúva Claudio Pág. 70	Ações: <u>Repensar a metodologia do grupo construída</u> com a participação dos usuários, <u>Realizar ações coletivas no território para divulgação</u>	Inclusão Interlocução Divulgação
Anexos	Roteiro de Entrevista/ entrevista com moradores `Pág.76	O que você acha da participação popular na clínica? Você conhece o <u>Conselho gestor</u> ?	Inclusão Atuação Presença Protagonismo

PROMOÇÃO DA SAÚDE			
DSP Clínica da Família Anthídio Dias			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos à promoção da saúde nos trechos selecionados
Necessidades e Potencialidades	Item 8.3 Potencialidades. Pág. 69	A existência do Programa Academia Carioca na clínica possibilita uma forma de cuidado extra consultório, aumentando a adesão da população à prática de atividade física regular, gerando <u>interação social</u> , promoção da saúde e <u>construção de vínculo</u> entre profissionais e usuários, e entre os próprios usuários.	Vínculo Interação Pertencimento Participação

		REDE	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos à rede nos trechos selecionados
Metodologia	Item 3 Metodologia Pág.12	Para tanto, foram utilizados como fonte de dados os seguintes recursos: os registros dos diários reflexivos das residentes entrevistadas com moradores do Jacarezinho, lideranças da comunidade e trabalhadores da clínica e da rede intersetorial de saúde [...]	Conexão Interligação Interlocação
Conhecendo o Território	4.3 IDS Comparativo com os outros bairros da cidade Pág. 26	O IDS – Índice de Desenvolvimento Social[...]. Dentre as variáveis que caracterizam as diversas <u>facetas</u> demográficas e situacionais, estão: Rede de água adequada ; Rede de esgoto adequada ; coleta de lixo adequada [...]	Malha Fluxo Transportar Conduzir
	4.4.1 Redes Formais Pág.27/28/29	As redes formais que referenciam o Jacarezinho não, necessariamente, localizam-se na Área Programática 3.2. Isto porque, a divisão territorial da <u>Rede de Atenção em Saúde é diferente da Rede de Assistência Social e Rede de Educação</u> . Os outros equipamentos da Assistência Social que compõe a rede de serviços do território, são: o Centro de Referência Especializado de Assistência Social Janete Clair, situado em Engenho de Dentro Como parte dos equipamentos que compõe a rede de serviços formais da AP 3.2, listamos também a rede de saúde mental presente nesta área de abrangência. Entretanto, por meio da vivência prática do trabalho de <u>articulação de rede</u> na clínica, constatamos que este serviço ainda não se coloca como CAPS III, ou seja, disponível para acolhida integral[...] O <u>imbróglio deste fluxo</u> é que, muitas vezes estes usuários recebem alta hospitalar por demandas clínicas cessadas, apesar de não terem condições psicológicas de retornar para casa. Outras duas equipes de saúde mental que compõe a rede é o CAPS AD Raul Seixas e o CAPS Clarice Lispector.	Contexto Referência Articulação Fluxo Interlocação Articulação Articulação Interlocação Articulação Fluxo
Conhecendo a Clínica da Família	Item 5.4.2 Grupos Pág. 43	<u>Roda de Conversa</u> : Sextas- feiras às 13h; Direcionada às pessoas que estão em isolamento social e com <u>redes de apoio fragilizadas</u> , coordenado e mediado por psicóloga do NASF e residente psicóloga e assistente social.	Diálogo Interlocação
	Item 5.6 Dados sobre outras doenças, agravos e questões de saúde que sejam relevantes na	[...] percebemos <u>que a fragilidade da rede de serviços presente no território</u> , tanto em relação a disponibilidade de equipamentos como a articulação existente entre eles dificulta na garantia da longitudinalidade do cuidado [...].Essas dificuldades encontram-se não somente na rede sólida de serviços, mas também no <u>círculo de apoio dos usuários</u> .	Interlocação Conjugação Articulação Conexão

		REDE	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos à rede nos trechos selecionados
	população da clínica Pág. 49		
	Item 5.7 Percepção da comunidade acerca do serviço de saúde Pág. 51	<u>A rede social Facebook também é um instrumento de verificação</u> da participação dos usuários nas atividades da CFADS e da percepção destes quanto aos serviços prestados.	Participação Instrumento Percepção Interlocução Visibilidade
Conhecendo a Área, a equipe SF e sua população	Item 6.1 Área de Abrangência e População Cadastrada Pág. 52	Alguns membros foram alocados para região oeste e outros para região norte, impactando diretamente no <u>rompimento de vínculos</u> entre as famílias e na <u>fragilidade das redes de apoio</u> . Embora o ambiente interno de cada apartamento se modifique um pouco de acordo com a renda socioeconômica de cada família, todos apresentam água encanada, <u>rede de saneamento básico e fácil acesso</u> a equipe de manutenção de energia elétrica quando se faz necessário.	Vínculo Interlocução Interação Interligação Fluxo
Redes de Atenção	Item 7 Redes de Atenção Pág. 59/60/61	O nível de atenção primário se consolida como o <u>coordenador dos cuidados</u> em saúde, sendo referencial para toda rede . Para que todos estes <u>serviços funcionem de maneira integrada</u> e eficaz, é importante que estejam <u>articulados em rede</u> . [...] <u>pensar na organização deste sistema em Redes de Atenção à Saúde</u> <u>As redes de atenção</u> [...] que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, <u>buscam garantir a integralidade do cuidado</u> . (...) <u>A formulação da RAS dentro do Sistema Único de Saúde pressupõe</u> [...], <u>em uma rede de comunicação que permite a resolutividade da atenção oferecida ao usuário</u> [...] Também é relevante à <u>implantação da RAS no Brasil</u> , em pelo menos, outras duas dimensões: o <u>fortalecimento da Atenção Básica e a criação de Redes Temáticas</u> , estabelecidas por portarias específicas entre os anos de 2011 a 2014 Dentre estas redes pode-se citar: <u>Rede Cegonha</u> [...], <u>Rede de Atenção às Urgências e Emergências</u> [...], <u>Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)</u> [...], <u>Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência</u> [...], <u>Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas</u> [...]	Interconexão Articulação Articulação Conexão Interlocução Articulação Interlocução Escuta Interlocução Comunicação Integração Interlocução Articulação Interlocução Articulação

		REDE	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos à rede nos trechos selecionados
	Item 7.1 Rede Intersetorial e Esquema da relação de vínculo com a CF Pág. 63	<p>A viabilização deste modelo de atenção integral e contínuo depende também do desenvolvimento de instrumentos de qualificação aperfeiçoamento das diferentes redes temáticas</p> <p>[...]as análises críticas e sistemáticas da qualidade da atenção à saúde são exemplos de ferramentas que permitem o desenvolvimento destas redes temáticas com qualidade.</p> <p>[...] as Secretarias de Atenção à Saúde, disponibilizam-se como órgãos que preveem o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação das redes, organizando-se para isso em <u>grupos condutores de trabalho</u>.</p> <p>Outra instância participativa central para efetivação destas redes é a <u>participação social</u>, um dos princípios organizativos do SUS [...] por meio de <u>fóruns regionais, conselhos locais de saúde e pesquisas de satisfação do usuário</u>, sendo compreendidas enquanto fundamentais no cuidado em saúde oferecido ao usuário atendido.</p>	<p>Integração Interrelação</p> <p>Articulação Interlocação</p> <p>Articulação Interlocação</p> <p>Interlocação Articulação Protagonismo Lugar de fala</p>
Necessidades e Potencialidades	Item 8.2 Necessidades Pág. 65/66/67/68	<p>Em relação a intersetorialidade e matriciamento, [...]realizamos um levantamento dos dispositivos sociais presentes no território que compõe a rede de serviços bem como contato com alguns profissionais e equipamentos.</p> <p>Temos, aos poucos, compreendido que, para garantir a maior resolutividade das ações planejadas, <u>precisamos articular nossos trabalhos com a rede de serviços presentes</u>.</p> <p>Também foi possível constatar, uma <u>fragilidade relevante na comunicação entre alguns profissionais do CAPS e a clínica</u>, [...] Entendemos ser necessário, portanto, <u>articularmos um novo contato para que se consolide de fato um fluxo de encaminhamento e de acompanhamento na rede</u>.</p> <p>Entendemos que tais <u>fragilidades no fluxo de comunicação com os equipamentos que compõem a rede</u>[...]</p> <p>Entendemos também que <u>demandas coletivas</u> desta faixa etária podem ser trabalhadas utilizando algumas metodologias, como a educação popular, para <u>trazer ao debate questões que perpassam essa fase de vida</u> e muito influenciam no processo de formação de identidade e criação de redes de apoio.</p> <p>Solidariedade entre os moradores[...], outras <u>estratégias de vínculos e redes</u> de apoio são encontradas</p> <p>[...]. Então, os moradores se organizaram em um grupo de</p>	<p>Articulação Interlocação Fluxo Comunicação Conexão</p> <p>Interconexão Articulação</p> <p>Diálogo Interlocação Articulação Fluxo</p> <p>Fluxo Conexão Interlocação Diálogo</p> <p>Protagonismo</p>

		REDE	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos à rede nos trechos selecionados
		<p>uma rede social para arrecadação de doações de móveis, roupas e demais necessidades.</p> <p>O reconhecimento desse modo de formação de redes e resistência não é legitimado pela maioria dos moradores que contatamos como uma potência, visto que, muitos alegam que não identificam potenciais no bairro, que “plantam, mas parece não dar fruto”.</p>	<p>Mobilização Escuta Interlocação</p> <p>Mobilização Articulação Interlocação</p> <p>Interlocação</p>
Plano de Ação	Item 9 Plano de Ação da Equipe Viúva Cláudio. Pág. 70	<p>Descrição da situação: <u>Fragilidade da rede</u> intersetorial. Objetivos: <u>Qualificar a comunicação</u> com <u>os equipamentos do território</u>; Promover contato inicial com serviços não visitados; Articular reuniões com os profissionais destes serviços</p>	<p>Interlocação Fluxo Comunicação Interrelação Fragmentação</p>
Considerações Finais	Item 10 Considerações finais Pág. 71	<p>Outra dificuldade constatada [...] a insuficiência de políticas públicas sociais presentes no território, resultando na vulnerabilização da rede de serviços como um todo.</p>	<p>Diálogo Conexão Interlocação</p>
Referências Bibliográficas	Pág 72	<p>COSTA, Ana Maria; SANTOS, Fausto. O processo da construção de Redes de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: Revista Divulgação em Saúde para Debate, nº52, 2014.</p>	

		TERRITÓRIO	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	TRECHO	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
Título	Capa	<p>Diagnóstico Situacional <u>Participativo</u>: Estudo do Território do Jacarezinho para identificação de necessidades e potencialidades no campo da saúde</p>	<p>Identificação Contexto</p>
Introdução	Item 1 Introdução Pág. 10	<p>O Jacarezinho situa-se na zona norte do Rio de Janeiro, um território, assim como outros, muito <u>dinâmico e vivo</u>. Entendendo este como processo e produto <u>das relações sociais</u> (SANTOS, 1997, <i>apud</i>, FARIA; BORTOOZZI, 2009</p> <p>Baseado na perspectiva da <i>história oral</i>, optamos por narrar, em primeira pessoa do singular, a história deste território[...] (ATAIDE, 2016).</p> <p>Concomitantemente, partimos para o mapeamento,</p>	<p>Contexto Mobilização Relações</p> <p>Escuta Cultura História Contexto</p>

		TERRITÓRIO	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	TRECHO	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
		observação, análise e reflexão deste território , considerando que o conceito que adotamos deste inclui: campo prático de trabalho, <u>relações sociais, relações de poder</u> e violência	Contexto Relações de poder
Objetivos	Item 2.1 Objetivo Geral Pág.11	Elaborar o Diagnóstico Situacional Participativo do território do Jacarezinho, com a finalidade de <u>conhecer, observar, refletir e elencar os maiores desafios, problemas, necessidades e interesses de saúde da comunidade, assim como suas potencialidades.</u>	Contexto
	Item 2.2 Objetivos Específicos Pág. 11	<u>Conhecer a história do território</u> e da população assistida <u>Identificar as potencialidades e vulnerabilidades do território</u> , que fundamentam na elaboração de um planejamento estratégico situacional fortalecido nas práticas multiprofissionais	Cultura Contexto Contexto
Metodologia	Item 3 Metodologia Pág.12	Analisamos o território de abrangência da Clínica, além da observação e vivência no campo e desenvolveu-se também o mapa desenhado da área de cobertura em conjunto com o mapa de risco da mesma (NOVELLO, 2011).	Delimitação Espaço Contexto
		A construção do mapa de risco do território foi feita baseada na avaliação de riscos, no ambiente [...]para além do olhar acerca das condições laborativas e das barreiras físicas, consideramos todos os riscos nos quais os indivíduos estão expostos no território. A metodologia utilizada para <u>narrativa da história do território</u> baseia-se no conceito de <i>história oral</i> [...]	Contexto Lugar de fala
Conhecendo o Território	Item 4.1.2 História da Comunidade Pág.14	[...]. Nesta mesma época, uma das principais empresas instaladas neste território foi a General Electric, que empregava mais da metade dos moradores locais e moradores de outros bairros e do estado do Rio de Janeiro	Contexto História
		Diante de todo cenário de violência e opressão do Estado, pelas suas <u>diversas vias</u> , resiste uma população com seus <u>modos de vida plurais</u> , que se encontraram na <u>luta diária pela sobrevivência</u> . Descrevemos um território com histórias marcadas pelo medo e pela tensão, mas que também transformam esse sentimento em <u>luta</u> , em mudança e <u>organização coletiva</u> .	Contexto Diversidade História Protagonismo Participação Articulação Mobilização

		TERRITÓRIO	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	TRECHO	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
	Item 4.1.3 População Pág. 18	<p>No último censo do IBGE realizado em 2010, a estimativa de habitantes no território do Jacarezinho era de 37.739.</p> <p>Podemos observar que o risco mais encontrado na construção deste mapa foi o biológico, estando presente nas cinco áreas distintas do território, evidenciando a carência de saneamento básico e coleta de lixo regular nestas regiões.</p>	Contexto Contexto Direito
	Item 4.2.1 Trabalho, renda e educação Pág.22/23	<p>O Atlas do Desenvolvimento Humano (2010) fornece alguns dados demográficos sobre o território do Jacarezinho, que nos permitem realizar uma leitura socioeconômica do ambiente.</p> <p>O Índice de Gini (2010) também se coloca como outro indicador que mede o <u>grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda [...]</u>Novamente, enquanto este índice no município do Rio de Janeiro é 0,62, no território do Jacarezinho é 0,37.</p> <p>[...]<u>acesso a saneamento básico, à drenagem e coleta de lixo regular</u>, entre outros fatores que compõem a moradia no território e que serão analisados posteriormente.</p>	Contexto Negociação Direito Contexto Acesso Direito
	Item 4.2.2 Cultura, Lazer e Religião Pág. 24/25	<p>Incomodados com o <u>desamparo</u>, a <u>negligência do Estado</u> e como forma de <u>organização política e social</u>, alguns moradores do território <u>articularam-se formando uma Associação</u> que se dá enquanto coletivo e que visa desenvolver cultura e lazer para sua comunidade.</p> <p>O território conta também com um dispositivo informal, o Centro Cultural do Jacarezinho (CCJ), que realiza atividades para crianças e adolescentes, que incluem artes marciais, futebol, reforço escolar.</p> <p>Outro dispositivo importante presente no território é a agência Jaca Modas, uma agência de modelos que [...] <u>revela talentos da comunidade, criado por um morador local</u>.</p> <p>Mesmo com poucas opções de lazer e cultura, essas alternativas se colocam como pontos importantes de referência no território, sendo também possibilidades de trabalho informal para população local.</p> <p>Em <u>conversa com moradores</u>, percebemos que anos atrás também existiam centros de Umbanda e Candomblé, mas atualmente não há nenhum. Isso significa que há <u>pouca representação da diversidade religiosa dentro do território</u>, concentrando-se apenas nas religiões evangélicas (grande maioria) e católicas [...]</p>	Direito Articulação Protagonismo Interlocução Articulação Acesso Cultura Contexto Protagonismo Articulação Contexto Cultura Articulação Interlocução Cultura Diversidade

		TERRITÓRIO	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	TRECHO	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
	4.4.1 Redes Formais Pág.28/29/30	<p>Os outros equipamentos da Assistência Social que compõe <u>a rede de serviços</u> do território, são: o Centro de Referência Especializado de Assistência Social Janete Clair[...]</p> <p>Avaliamos que na construção de um <u>trabalho intersetorial</u> há algumas dificuldades tais como: o distanciamento físico das unidades da assistência social do território de moradia dos usuários, que impossibilita o fácil acesso destes aos equipamentos; <u>o diálogo fragilizado estabelecido</u> entre a clínica e estes serviços, que se faz quase inexistente na maioria dos casos <u>dificultando a construção de intervenções coletivas; ausência de meio de comunicação que socializem as informações</u> sobre a existência destes serviços, acarretando na <u>invisibilidade</u> destes enquanto dispositivos de referência.</p> <p>Quando iniciamos o diagnóstico situacional entendemos que seria importante <u>conhecer o trabalho realizado pelos profissionais da clínica na escola pertencente ao território</u> de abrangência da equipe Viúva Cláudio. Uma das escolas que conhecemos foi o CIEP Vinicius de Moraes que se situa ao lado dos Conjuntos</p> <p>A Equipe Viúva Cláudio, por sua vez é a referência de PSE para o Colégio Estadual Horácio Macedo, que não se localiza especificamente no território assistido pela clínica.</p> <p>Cabe ressaltar que no território do Jacarezinho há outras escolas acompanhadas pela CFADS, destacando-se a Creche Padre Nelson Del Mônaco, que se localiza exatamente ao lado da clínica.</p> <p>Quanto aos equipamentos de média e alta complexidade, disponibiliza-se também na avenida Dom Helder Câmara a UPA Manguinhos, que como o nome indica, apesar da proximidade com a CFADS pertence ao território da AP 3.1, porém é <u>referência para os usuários da clínica</u>.</p> <p>[...]Além de funcionar como depósito de correspondências de moradores, já que a empresa responsável, Correios, <u>não circula por diversas ruas da comunidade</u> devido a <u>violência do território</u></p>	<p>Interlocução Articulação</p> <p>Interlocução Diálogo Comunicação Visibilidade Protagonismo</p> <p>Diálogo Interlocução</p> <p>Acesso</p> <p>Acesso</p> <p>Acesso</p> <p>Direito Acesso</p>

		TERRITÓRIO	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	TRECHO	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
		Pode-se perceber, <u>a partir das falas</u> do presidente, uma grande precariedade na condição de vida dos moradores deste território . Além da violência, constante nas <u>falas do entrevistado</u> , como “a comunidade não se sente nada protegida”, é possível notar o reflexo do descaso do poder público, com expressiva vulnerabilidade nos campos da educação e saúde.	Direito Contexto
Conhecendo a Clínica da Família	Item 5.1 Área de Abrangência Pág.32/ 33	As 8 Equipes de Saúde da CFADS são responsáveis pela cobertura de quase todo território do Jacarezinho, dividindo algumas ruas com o CMS Renato Rocco e também assistindo algumas ruas de Maria da Graça. A Clínica é espaço de formação para estudantes de graduação e pós-graduação, pois acredita-se e afirma-se que o território e a <u>dinâmica da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira</u> são extremamente ricos e precisa-se formar profissionais que consigam trabalhar na <u>adversidade de situações</u> , [...] A divisão do território é organizada por microáreas, as quais são de responsabilidade de determinado agente comunitário de saúde, na tabela abaixo podem ser observadas as ruas atendidas	Interlocução Acesso Interlocução Articulação Contexto
	Item 5.5.4 Sífilis Pág.48	Dados do SINAN apontam que no período de janeiro a julho (parcial) de 2019, houve a notificação de 20 casos de Sífilis em Gestantes; 9 casos de Sífilis Congênita e 44 de Sífilis Adquirida, totalizando 73 casos no território assistido pela CFADS.	Contexto
	Item 5.6 Dados sobre outras doenças, agravos, e questões de saúde que sejam relevantes na população da clínica Pág.49	As questões relacionadas a <u>violência, que perpassam o cotidiano</u> deste território , <u>impedem o acesso dos usuários por diversas maneiras à clínica</u> [...]. [...]Muitos trazem relatos de <u>isolamentos sociais e ausência do sentimento de pertencimento coletivo no território</u> [...] percebemos que a <u>fragilidade da rede de serviços presente no território</u> , tanto em relação a disponibilidade de equipamentos como a articulação existente entre eles [...] Por último, também notamos o alto índice de prevalência de usuários acometidos por arboviroses, e entendemos que este agravo tem relação direta com as <u>condições sociais</u> presentes no território .	Contexto Direito Acesso Acesso Direito Interconexão Interlocução Acesso Direito Contexto

		TERRITÓRIO	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	TRECHO	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
	Item 5.7 Percepções da Comunidade acerca do Serviço de Saúde Pág.50	[...] A moradora nos conta como o <u>rompimento de vínculos com os profissionais</u> é decorrente, muitas vezes, da grande rotatividade dos mesmos, por conta dos “troteios”. Isto nos mostra que a longitudinalidade do cuidado está diretamente relacionada com <u>os determinantes sociais</u> que o território está sujeito	Interlocução Vínculo Diálogo Direito Comunicação Contexto
Conhecendo a sua área, a equipe de SF e sua população	Item 6.1 Área de Abrangência e População Cadastrada Pág.52/53	Como pode ser constatada na descrição das microáreas realizada abaixo, grande parte do território de abrangência da equipe Viúva Claudio é constituído por apartamentos sociais – COHAB, popularmente chamado pela comunidade de “APÊS”. Na análise que realizamos por meio das <u>visitas domiciliares</u> e do <u>conhecimento do território</u> , percebemos que a estrutura destes conjuntos habitacionais se diferencia um pouco da observada nas outras casas desta região	, Contexto Diálogo, interlocução
	Item 6.2 Micro áreas e suas principais características Pág.54	Micro área 05 - Território considerado mais <u>violento da equipe</u> [...]	Contexto
	Item 6.7 Classificação de risco das famílias Pág. 58	Entretanto percebemos a classificação proposta pelo autor como insuficientes à uma abordagem ampla, que vise a totalidade dos fenômenos vivenciados pelos moradores deste território . Isto porque, um dos principais “riscos” relatados por trabalhadores e usuários é a violência[...].	Contexto
	Item 6.8 O Processo de Trabalho da Equipe Viúva Cláudio Pág. 58/59	Cada turno um agente fica responsável pelo <u>acolhimento dos usuários</u> [...]Enquanto isso os outros <u>agentes se dividem para realizar as visitas no território</u> . [...] demanda de usuários encaminhados para esse tipo de <u>atendimento</u> , as <u>intervenções</u> se tornaram <u>pontuais e imediatas</u> , <u>dificultando o vínculo</u> e a <u>longitudinalidade do cuidado</u> . Isso se dá tanto pelo tempo reservado para o atendimento, como pelo fato de a distribuição dos usuários não corresponder ao território adscrito às equipes[...].	Contexto Diálogo Interlocução Circulação Vínculo Interlocução Diálogo

		TERRITÓRIO	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	TRECHO	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
Redes de Atenção	Item 7 Redes de Atenção Pág. 59	<p>Por meio de diferentes dispositivos como grupos, <u>ações coletivas no território, interconsultas entre profissionais da equipe mínima e matriciadores da equipe NASF, reuniões de equipe e gerais, ações intersetoriais entre os serviços que atendem o usuário, desenvolve-se um modelo de atenção baseado no cuidado cotidiano, o qual demanda.</u></p> <p>[...]atenção utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no território, sendo o <u>contato preferencial dos usuários com SUS[...]</u></p>	<p>Contexto Conexão Mediação Negociação Disputas Articulação</p> <p>Diálogo Acesso</p>
Necessidades e Potencialidades	Item 8.2 Necessidades Pág.65	<p>Em relação a <u>intersectorialidade e matriciamento</u>, durante o período de realização do diagnóstico situacional, realizamos um levantamento dos <u>dispositivos sociais</u> presentes no território que compõe a <u>rede de serviços</u> bem como contato com alguns profissionais e equipamentos. Pudemos notar, <u>que a comunicação com estes espaços varia bastante.</u></p> <p>Por último, vale ressaltar também, a articulação que realizamos com duas escolas no território.</p> <p>[...] o <u>processo de saúde e doença vivenciado pelos usuários da unidade, é a violência presente no território</u>, a qual se dá de maneira intensa e constante.</p>	<p>Articulação Interlocação</p> <p>Articulação Interlocação</p> <p>Contexto Acesso</p>

		TERRITÓRIO	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	TRECHO	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
	Item 8.3 Potencialidades Pág. 68	<p>[...] Através da <u>fala de uma moradora</u>, conhecemos um exemplo de solidariedade entre os moradores deste território.</p> <p>[...] Trabalhadores acolhedores[...]Estes, <u>nos receberam sempre muito disponíveis a compartilharem a dinâmica da clínica, a história do território</u>, sanando eventuais dúvidas e dividindo momentos de muito aprendizado até aqui.</p> <p>[...]Sr. Paulo e Sra. Gerluzia, que, além de nos apresentarem a clínica, são muito disponíveis e pacientes para nos mostrar o território [...]em sua abrangência geográfica, como também social.</p>	<p>Escuta Diálogo Interlocação</p> <p>Interlocação Diálogo</p> <p>Interlocação Diálogo Lugar de fala</p>
Plano de Ação	Item 9 Plano de Ação Equipe Viúva Claudio Pág. 70	<p>Ações: Rodas de conversas; Ações coletivas no território; Grupo de estudos; Articular com o RAP da Saúde; Desenvolver PSE na escola de referência</p> <p>[...]:Repensar a metodologia do grupo construída com a <u>participação dos usuários; Realizar ações coletivas no território para divulgação</u></p> <p>[...]Qualificar a comunicação com os equipamentos do território.</p>	<p>Diálogo Negociação Escuta Interlocação</p> <p>Negociação Interlocação Mediação Diálogo</p> <p>Interlocação Diálogo</p>

		TERRITÓRIO	
		DSP Clínica da Família Anthídio Dias	
Localização	Item	TRECHO	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
Considerações finais	Item 10 Considerações Finais Pág.71	<p>[...] Outra dificuldade constatada ao longo da realização do diagnóstico foi a <u>insuficiência de políticas públicas sociais presentes no território</u>, resultando na <u>vulnerabilização da rede de serviços como um todo</u>.</p> <p>Ademais, <u>o diagnóstico também nos possibilitou conhecer as características do território</u> de abrangência da CFADS, e mais especificamente da equipe que estamos referenciadas. Por meio <u>da análise do perfil epidemiológico, do levantamento dos equipamentos e da contextualização histórica e social do território</u>, qualificamos a <u>visualização do processo saúde-doença do território</u> e o <u>desenvolvimento de ferramentas para elaborar futuras intervenções conjuntas</u>.</p>	<p>Direito Acesso Interlocação Negociação</p> <p>Contexto Diálogo Visibilidade</p>
Referências Bibliográficas	Item Referências Bibliográficas Pág. 78	<p>FARIA, Rivaldo; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Curitiba: Editora UFPR, 2009.</p> <p>FAULHABER, L. Rio Maravilha: práticas, projetos políticos e intervenções no território no início do século XXI. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2012</p>	
Anexos Roteiro de Entrevistas	Item Entrevista com as lideranças do território Pág. 75	Há quanto tempo a empresa atua no Jacarezinho? Como se deu essa inserção no território / qual foi a sua motivação?	Diálogo Interlocação
	Item Entrevista com os trabalhadores da clínica Pág.75	Há quanto tempo trabalha no território e se é morador? Quais são os atravessamentos do território nos eu trabalho?	Contexto

DSP CLÍNICA DA FAMÍLIA AMÉLIA FERREIRA DOS SANTOS

Tabela 3- Sentidos das Palavras Plenas Comunicação, Participação, Promoção da Saúde, Rede e Território no DSP CFASF.

COMUNICAÇÃO			
Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos a comunicação nos trechos selecionados
Justificativa	Item 2 Justificativa Pág.7	A comunicação é parte <u>fundamental para a construção dos processos de cuidado compartilhado e integrado, e a participação dos usuários, trabalhadores e gestores na produção deste cuidado[...]</u> <u>Nesse sentido as propostas da PNH estimulam a comunicação entre estes três atores para a construção coletiva de enfrentamento das relações de poder e fortalecimento das relações de trabalho compartilhadas e afetivas[...]</u>	Interlocução Diálogo Negociação Escuta Interlocução Participação Negociação
	Item 5.1.3 Mapa vivo, um olhar sobre o Território Pág.22	[...] Porém, por outro lado, pode estar relacionado à <u>uma falha de comunicação</u> , entre os residentes e os ACSs, na construção do entendimento conceitual das categorias, principalmente no que tange aos riscos e vulnerabilidades.	Sentidos Ruído Diálogo Interlocução
Discussão	Item 5.2.2 Redes de Atenção Pág. 36	.[...]Outro ponto fundamental para o <u>fortalecimento da RAS, é ter um fluxo de comunicação e integração tecnológica do cuidado que está sendo oferecido para o usuário, para que todos saibam a linha de cuidado existente ali.</u>	Interlocução Interconexão
	Item 5.3.3 Fluxos de setores: Farmácia, Odonto, NASF e Educação Física Pág.48	[...]nenhum dos três sistemas supracitados possui compatibilidade de compartilhamento de dados entre si. <u>Tal situação aumenta as chances retrabalho e dificulta a comunicação entre os setores e profissionais de saúde, em especial os prescritores, atuantes na clínica.</u>	Fluxos Diálogo Interlocução
Síntese dos Principais desafios e potencialidades	Item 6.1.Árvores de Desafios e Potencialidades Pág.71/72/73/ 74/75/79/81	Comunicação e Saúde-De Araújo e Cardoso (2014), pesquisadoras do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz trazem que “ <u>comunicação é essencialmente relação</u> ” e que a <u>comunicação é uma vivência individual, coletiva, uma prática social e uma experiência cotidiana.</u> Em 1920 o Departamento Nacional de Saúde Pública coloca a propaganda e a educação sanitária como uma estratégia para lidar com as questões de saúde[...].é a partir desse momento que a <u>relação entre a comunicação e a</u>	Direito Relação Interlocução

COMUNICAÇÃO			
Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos a comunicação nos trechos selecionados
		<p><u>saúde</u> começa a tomar uma forma mais explícita. Atualmente, após diversos caminhos, <u>entende-se que o direito à informação e a comunicação é indissociável do direito à saúde (DE ARAÚJO; CARDOSO, 2014)</u></p> <p>Foram vários os <u>modelos de comunicação</u> ao longo da história, desde a teoria hipodérmica que acreditava que as pessoas eram inertes e que poderiam ser <u>moldadas, passando pela comunicação dialógica de Paulo Freire até a prática discursiva de Foucault.</u></p> <p>A comunicação e saúde refere-se às estratégias de comunicação utilizadas para <u>influenciar as decisões dos usuários no sentido de promover, educar, orientar, prevenir, sugerir, recomendar, informar, acolher e evitar risco e ameaças em saúde</u></p> <p>A comunicação têm importância crítica e estratégica nos cuidados em saúde <u>por influenciar na avaliação dos usuários com a qualidade do cuidado prestado pela clínica[...]</u></p> <p>É comum existir <u>problemas de comunicação</u> que podem ser: a <u>informação insuficiente, imprecisa ou ambígua, informação excessivamente técnica, ruídos</u> (ao analisar da perspectiva do modelo informacional - modelo matemático da comunicação) e o tempo escasso dedicado à informação.</p> <p>O <u>problema da comunicação</u> pode se desdobrar em consequências como no aumento da demanda espontânea na Clínica e na sobrecarga de trabalho junto aos profissionais[...]<u>um desgaste em relação a comunicação no espaço da recepção, onde mal entendidos ou a turbulência do excesso de trabalho rapidamente podem se desenvolver para relações de comunicação violenta.</u></p> <p>Para a <u>melhoria do processo de comunicação</u> uma ferramenta potente é <u>educação permanente</u> dos profissionais[...]<u>Como transmitir informação sobre medidas preventivas, tratamento e autocuidados, enfatizando mais os comportamentos desejáveis do que os fatos técnicos; Como transmitir informação de saúde escrita</u></p> <p>Programa Saúde Escola(PSE). Na CFASF, o PSE é coordenado por uma enfermeira [...]<u>criou-se um grupo de WhatsApp[...]</u><u>para discutir, acordar e programar as ações a serem realizadas[...]</u><u>Apesar deste campo de atuação se constituir como um grande desafio, dado a <u>dificuldade de</u></u></p>	<p>Negociação Diálogo</p> <p>Relação Transmissão</p> <p>Aproximação Relação Imprecisão Ruído Ferramenta</p> <p>Transmissão Ruído</p> <p>Diálogo Interlocação</p> <p>Interlocação Ferramenta</p> <p>Dialogo Interlocação</p>

COMUNICAÇÃO			
Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos a comunicação nos trechos selecionados
		<p><u>comunicação</u> entre as partes e a verticalização das metas exigidas</p> <p>Rede de Serviços e Atenção à usuários de Saúde Mental- [...]a <u>proximidade com o complexo de saúde mental Nise da Silveira e pela rede de serviços</u> do entorno, que <u>facilitam a comunicação</u> para o compartilhamento do cuidado junto a rede intersetorial</p> <p><u>Alta demanda Espontânea-Esta alta demanda espontânea da Clínica</u> pode estar relacionada com um <u>problema de comunicação</u> em saúde, descrito acima, em que o <u>usuário não consegue entender a dinâmica do funcionamento da Unidade</u>, em virtude da hegemonia do modelo de saúde assistencialista</p> <p>Integração da Vigilância na Saúde-[...]Os conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias são insuficientes para a <u>construção dialógica</u> das respostas às necessidades do território, de forma que também necessitamos de “<u>ferramentas de comunicação</u> social que estimulem a mobilização”</p>	<p>Mediação</p> <p>Interlocução Diálogo</p> <p>Diálogo Interlocução</p> <p>Ferramenta</p>
Referências Bibliográficas	Item Referências Bibliográficas Pág. 83	DE ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e saúde . SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.	

PARTICIPAÇÃO			
Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos			
Localização		Trecho	Sentidos atribuídos a participação nos trechos selecionados
Introdução	Item 1 Introdução Pág.6	O presente <u>trabalho</u> é resultado de uma <u>construção coletiva da equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca com a participação de usuários e profissionais da Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira (CFASF).</u>	Interlocução Negociação Diálogo
Justificativa	Item 2 Justificativa Pág. 7	A comunicação é <u>parte fundamental para a construção dos processos de cuidado compartilhado e integrado, e a participação dos usuários, trabalhadores e gestores na produção deste cuidado é essencial para que esses processos ocorram</u>	Diálogo Interlocução Participação Protagonismo
Discussão	Item 5.1.3 Mapa Vivo: Um olhar sobre o território Pág.21	A <u>cartografia</u> é uma ferramenta muito utilizada no planejamento em saúde[...]. Além disso, é <u>atribuição comum entre todos profissionais de saúde da atenção básica a participação do processo de territorialização e mapeamento do território adscrito, identificando riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2017c).</u> A coleta de dados foi realizada por equipe, e em algumas equipes por microárea, com a participação dos ACS[...]	Visibilidade Interlocução Negociação Diálogo Interlocução Diálogo
	Item 5.3.3 Fluxos dos setores: Farmácia, Odonto, NASF e Educação Física Pág.49	Saúde Bucal-[...]Enquanto que a <u>relação com as lideranças comunitárias e a presença do colegiado gestor na unidade é uma grande potencialidade, [...]</u> foi a participação popular que lutou pela clínica e pelos trabalhadores[...]	Negociação, protagonismo Lugar de fala Luta Interlocução Visibilidade
Síntese dos Principais Desafios e Potencialidades	Item 6.1 Árvore Desafios e Potencialidades Pág.73	Comunicação e Saúde- [...]a educação permanente dos profissionais, que pode auxiliar no desenvolvimento das <u>competências comunicacionais</u> efetivas no que se refere a[...]. Além de estimular nos usuários a participação no seu autocuidado, tornando-os mais ativos nas informações sobre a sua saúde.	Protagonismo Autonomia

PROMOÇÃO DA SAÚDE			
Clínica da Família Amélia Ferreira dos Santos			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos a Promoção da Saúde nos trechos selecionados
Discussão	Item 5.1 Conhecendo o Território Pág. 12	Entendido dessa maneira, a <u>dinâmica territorial</u> é produtora de condições específicas de adoecimento, da mesma forma que contém em si potentes elementos de promoção da saúde .	Mobilização Articulação
	Itens 5.2.2 Redes de Atenção Pág.35	[...] Aponta para a necessidade <u>de uma organização que construa a intersectorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial.</u>	Negociação Interlocação Diálogo Mediação
	Item 5.3.4 Práticas Grupais em saúde: Um breve levantamento de grupos de Educação e Promoção da Saúde Pág.51	<u>As práticas grupais são cotidianas na Atenção Primária à Saúde</u> , sendo uma importante ferramenta de promoção da saúde , a medida que traz <u>novas percepções ao processo de saúde e doença e o entendimento das múltiplas vertentes de cuidado</u> (NOGUEIRA, et al. 2016).	Mediação Interlocação Negociação Acolhimento
	5.3.4 Agravos e Condições Prioritárias de acompanhamento Pág. 59	[...]a atenção ao puerpério que constitui-se como momento de fragilidade[...] Sendo <u>importante salientar a indissociabilidade do cuidado</u> à mãe e à criança[...]na <u>perspectiva da integralidade</u> , promoção da saúde e qualidade de vida.	Escuta Diálogo
Síntese dos Principais Desafios e Potencialidades	Item 6.1 Árvores de Desafios e Potencialidades Pág.	Controle Social e Processos grupais-[...] <u>vêm no contexto de possibilitar a apropriação dos usuários e usuárias do espaço da Clínica como ambiente também de troca de afetos</u> , convivência com outras pessoas, trocas de experiência e promoção da saúde e cuidado sobre uma perspectiva mais artística e menos biomédica e/ou do biopoder.	Escuta Participação Diálogo

REDE			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização		Trecho	Sentidos Atribuídos Rede nos trechos selecionados
Justificativa	Item 2 Justificativa Pág.8	As necessidades sociais em saúde são produto dessa dinâmica e as resposta a essas necessidades devem ser formuladas a partir de uma abordagem multiprofissional, integrada e articulada em redes intersetoriais	Articulação Conexão Interlocação
Objetivo	Item 3.2 Objetivos Específico Pág. 9	[...]Identificar as redes de serviços e apoio da população[...]	Conexão Dispositivo Interconexão
Discussão	Item 5.1.1 Às mulheres, lavar, passar, Cozinhar; se loucas, o hospício: do Samba à Loucura, As Dores e Delícias de Ser Amélia Pág.16	[...]o Engenho de Dentro reproduz uma <u>vocação para o esporte e a cultura</u> , foi o lugar no qual funcionou a maior rede de oficinas ferroviárias da América Latina e abriga <u>hoje o museu do trem que mantém a memória do passado do bairro</u> .	Interconexão
	Item 5.1.3 Mapa Vivo: Um olhar sobre o território Pág.27/29	As Variáveis utilizadas no IDS[...] <u>Acesso</u> ao Saneamento Básico[...]serviço de abastecimento de água adequada, com <u>canalização interna e estão ligados à rede geral</u> ; serviço de esgoto <u>adequado que estão ligados à rede geral</u>	Interrelação Acesso Direito
	Item 5.2 Redes formais, informais e recursos comunitários Pág. 33	Ao pensar o cuidado da população adscrita e as redes de apoio envolvidas nesse cuidado, <u>o ponto de partida na construção desse debate é a autonomia do processo de saúde que as pessoas</u> que compõem essa população, têm. [...] É sabido que sendo o sujeito um ser holístico, o seu cuidado <u>não depende exclusivamente dos dispositivos formais de saúde</u> [...] <u>mas também de redes informais de apoio</u> [...]Dessa forma, trazemos aqui algumas <u>discussões e reflexões acerca da importância dessas redes</u>	Protagonismo Presença Autonomia Articulação Interlocação
Item 5.2.1 Redes Formais e Recursos Comunitários Pág.33	Dentro do território coberto pela CFASF existe o Complexo Nise da Silveira [...]configuram parte das redes de apoio formais da população adscrita. [...]Outras <u>redes de apoio formal</u> existentes. Sobre as redes de apoio informais, fortemente presentes no território, destacam-se: centros religiosos, que são muitos e diversos (articulação, protagonismo, mobilização)	Acesso Interlocação Interação Protagonismo Interlocação Articulação Mobilização	

REDE			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização		Trecho	Sentidos Atribuídos Rede nos trechos selecionados
	Item 5.2.2 Redes de Atenção Pág. 34/35/36	<p>A Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estruturando-a como uma <u>estratégia de superação do modelo fragmentado</u> de atenção e gestão do cuidado em saúde no SUS[...]</p> <p>Os <u>sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico</u> em todo o mundo (MENDES, 2010, p. 2299) [...] as RAS se organiza[...]contando com a ajuda da APS para coordenar o cuidado e ordenar a rede, visto que esta orienta seu trabalho na lógica territorial,</p> <p>Segundo o Mendes (2010), uma característica essencial das redes de atenção à saúde, é a população que está sob sua responsabilidade sanitária e econômica [...]Para que uma Rede de Saúde seja pensada e estruturada, é substancial <u>estabelecer as necessidades de saúde dessa população específica, que é dotada de um contexto social, econômico e cultural</u></p> <p><u>O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos</u>, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária</p> <p>O desafio atual é tornar a RAS como base organizacional do SUS, <u>transformando as Regiões de Saúde em regiões vivas de saúde</u>, não meras divisões burocráticas[...]Mas é possível perceber a <u>potência existente nessa rede</u>, através da quantidade de dispositivos existentes</p>	<p>Conexão Interação Interrelação</p> <p>Integração Interconexão</p> <p>Contexto Direito Acesso</p> <p>Contexto Protagonismo Acesso</p> <p>Conexão</p>
	Item 5.2.3 Rede Intrasetorial e esquema de relação de vínculo com a clínica da Família Pág. 37	<p>[...] Mas é possível observar que <u>existe boa relação com a rede Intrasetorial</u>, com serviços de média e alta complexidade,</p> <p>[...]uma dificuldade na APS[...]exercitar o <u>compartilhamento de cuidado</u>[...]destinando o cuidado apenas para um dos dispositivos da rede, não todos os possíveis para <u>garantir a integralidade daquela prática em saúde</u>[...]É um desafio [...]a <u>articulação e contato entre a rede Intrasetorial e a CFASF acontecem de forma satisfatória</u>.</p>	<p>Interlocação Negociação</p> <p>Articulação Interlocação</p>
	Item 5.2.4 Rede Intersetorial, organização social e esquema de	<p>O <u>vínculo</u> da CFASF com a rede intersetorial foi mais possível de ser observado, pois existe uma estrutura já <u>instituída de compartilhamento de cuidado</u>, [...]para pensar estratégias de fortalecimento dessa rede e das ações realizadas por ela.</p>	<p>Negociação Interlocação Dialogo</p>

REDE			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização		Trecho	Sentidos Atribuídos Rede nos trechos selecionados
	relação de vínculo com a clínica da Família Pág.39/40		
	Item 5.3.2 Fluxograma e Atendimento na CFASF. Pág. 46	<u>As baias de Guichê geral serão destinadas para marcação de consultas[...] exames com pedidos da atenção secundária ou rede privada[...]</u>	Escuta Diálogo acesso
	Item 5.3.3 Fluxos dos setores Pág. 50	NASF-[...]segundo a nutricionista do NASF que apoia a CFASF, <u>a nutrição não tem, neste momento, cobertura na rede de atenção à saúde para encaminhar quando necessário.</u>	Acesso
	Item 5.3.5 Um breve levantamento sobre a população adstrita Pág.54/55	[...]o que convoca a Rede do território à <u>responsabilização do cuidado e acompanhamento desses usuários.</u> [...] [...]por contar com <u>diferentes meios de articulação e fortalecimento da rede</u> , através da supervisão intersetorial (articulação)	Interlocação Vínculo Diálogo Articulação Interação
	Item 2.2 Esquema Intersetorial CSGSF- Profissionais do Ambulatório Pág. 42/43/44	Segundo a assistente social entrevistada, pensando na atual conjuntura de governo, <u>a rede de apoio intersetorial de Assistência Social está fragilizada. (Interlocação, negociação, diálogo)</u> [...]eles avaliam a necessidade do encaminhamento para os profissionais de saúde mental do ambulatório (casos mais específicos a serem acompanhados) ou demais dispositivos da rede de apoio De acordo com a psicóloga do NASF entrevistada, a rede de saúde mental é viva e depende dos atores que fazem a articulação A partir da análise da rede de apoio territorial, descobriu-se <u>peçoas que têm o papel de articuladores sociais na comunidade e instituições sociais que fazem um trabalho de rede de apoio</u> já solidificados, mas que não possuem vínculo com o setor saúde, neste caso, o CSEGSF No decorrer deste trabalho, os residentes entenderam que o território de Manguinhos têm muitas potencialidades e uma delas são os <u>dispositivos sociais</u> que estão no território e operam como rede de apoio local, mas que são poucos utilizados pela Harmonia. O desafio é dar visibilidade às redes que se constituem no cotidiano do território e que, muitas vezes, são	Interlocação Negociação Diálogo Articulação Interlocação Articulação Interlocação Participação Protagonismo Mobilização Articulação Contexto Articular

REDE			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização		Trecho	Sentidos Atribuídos Rede nos trechos selecionados
		<p>invisíveis para os gestores e para os trabalhadores de saúde. (AKERMAN; COSTA, 2012, p. 89-90)</p> <p>Conclui-se que a rede de apoio intersetorial em sua totalidade, <u>opera de modo geral desarticulada e fragmentada</u></p>	<p>Acesso</p> <p>Mediação</p> <p>Interlocação</p>
	<p>Item 6.1</p> <p>árvore de desafios e potencialidades</p> <p>Pág. 75/76/77</p> <p>Quadro Síntese dos Principais Desafios e Potencialidades</p>	<p>Rede de Serviços e Atenção à Usuários de Saúde Mental- [...]é um <u>desafio articular o cuidado em rede</u>, que permita ao usuário <u>acessar seus direitos em saúde</u>.</p> <p>Na medida em que os <u>usuários</u> de saúde mental <u>adquirem autonomia e protagonismo</u>, tornam-se menos dependentes do serviço de saúde, ampliando suas redes de apoio e cuidados territoriais. A lógica da construção intersetorial de rede[...]permite que o <u>indivíduo seja capaz de cuidar de si de forma integral, garantindo seus direitos enquanto usuário de saúde</u></p> <p>[...]pela rede de serviços do entorno, que facilitam a comunicação para o compartilhamento do cuidado junto a rede intersetorial...[...]o caminho efetivo deve ser a partir da construção e fortalecimento das redes de atenção socioassistencial.</p> <p>[...]A gerente conta que a <u>população se mobilizou</u> para que fosse reinstalada rede elétrica e água na Clínica[...]</p> <p><u>O trabalho é um dos determinantes de saúde e bem-estar do trabalhador e da sua família [...]possibilita condições materiais da vida, permite inclusão em um grupo social, o do trabalho, que podem favorecer a construção de uma rede de apoio importante para a saúde.</u></p>	<p>Articulação</p> <p>Interconexão</p> <p>Acesso</p> <p>Interlocação</p> <p>Diálogo</p> <p>Interlocação</p> <p>Negociação</p> <p>Mobilização</p> <p>Articulação</p> <p>Inclusão</p> <p>Acesso</p> <p>Interlocação</p>
	<p>Item 8</p> <p>Referências Bibliográficas</p> <p>Pág. 83</p> <p>Referência Bibliográficas</p>	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 12 de julho de 2019.</p> <p>COSTA, Ana Maria. O processo da construção de Redes de Atenção à Saúde. In: Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, CEBES, Nº 52, pp. 04-05, out, 2014.</p> <p>UNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. In: Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, CEBES, Nº 52, pp. 15-37,</p>	

REDE			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização		Trecho	Sentidos Atribuídos Rede nos trechos selecionados
		out, 2014. MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.	

TERRITÓRIO			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
Introdução	Item 1 Introdução Pág.6	<p>Um fator complicador para a análise de dados em um determinado território é <u>a disponibilização de dados, geralmente obsoletos, de forma desagregada o que dificulta a real compreensão das necessidades de saúde do território</u>, e o que também pode <u> mascarar o grau de vulnerabilidade e o tamanho das desigualdades</u> entre um território e outro (CARVALHO; LAGO, 2019).</p> <p>E o diagnóstico é a primeira etapa deste planejamento, visto a necessidade de <u>conhecer as fragilidades e potencialidades do território</u> e a partir delas delinear <u>formas para atender as demandas</u> específicas da população adscrita.</p> <p>Pensando na clínica da família como um <u>serviço de saúde que atende uma população</u> adscrita em um território específico.</p> <p>[...]se um outro grupo for construir um novo diagnóstico para o mesmo território é provável que as percepções sejam distintas</p> <p>[...]o território é vivo, logo, é fundamental que seja considerado o momento histórico, cultural, econômico e <u>temporal</u> em que o diagnóstico foi construído</p> <p>[...]é necessária uma nova pesquisa sobre o território e sua população para a partir dela repensar o planejamento do serviço de saúde. (contexto)</p> <p>[...]o diagnóstico é parte inicial do processo mais amplo de planejamento e gestão das ações de saúde do território já</p>	<p>Acesso</p> <p>Contexto Diálogo Interlocação</p> <p>Cultura Escuta</p> <p>Contexto</p> <p>Contexto História Cultura</p> <p>Contexto</p>

TERRITÓRIO			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
		que <u>reúne um conjunto de informações capazes de proporcionar uma aproximação com a realidade local.</u>	Contexto
Justificativa	Item 2 Justificativa Pág. 7	O diagnóstico situacional participativo[...] como instrumento inicial para elaboração de planejamento e <u>ações de intervenção no território[...]</u> cumpre às finalidades apontadas acima ao levantar, de maneira geral, o <u>quadro das particularidades do território</u> em que se insere a Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira [...]o diagnóstico é parte inicial do processo mais amplo de planejamento e gestão das ações de saúde do território já que <u>reúne um conjunto de informações capazes de proporcionar uma aproximação com a realidade local</u>	Contexto Mediação Interlocação Diálogo Contexto Interlocação
Objetivos	Item 3.1 Objetivo Geral Pág.9	<u>Construir um diagnóstico situacional participativo</u> , para identificar as necessidades sociais em saúde, vulnerabilidades, fragilidades e potencialidades do território da Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira, com ênfase no território da equipe Pau Ferro.	Contexto
	Item 3.2 Objetivos Específicos Pág. 9	<u>Identificar potencialidades, fragilidades e desafios do território</u> em questão Atualizar o <u>mapa de risco do território</u> ;	Contexto
Percurso da Pesquisa	Item 4 Percurso da Pesquisa Pág. 10	O método quantitativo é direcionado para a obtenção e levantamento de dados que possam servir como esteio de análise e compreensão das necessidades de saúde do território . [...]método qualitativo refere-se a compreensão para além do caráter objetivo, tendo em vista que o território da saúde <u>trabalha fundamentalmente com relações subjetivas</u> [...]autores estudam o território a partir da <u>observação das relações humanas</u> e com os espaços existentes <u>A história de vida</u> permite obter informações na <u>essência subjetiva da vida de uma pessoa</u> , e portanto, <u>contempla a história ou histórias de um território[...]</u>	Sentidos História Cultura Relações Relações Interrelações Interconexão História Cultura
Discussão	Item 5 Discussão Pág.12	A territorialização é entendida aqui como um amplo processo de vivência e <u>imersão na dinâmica social do território</u> em que atua a CFASF Apresentaremos e <u>discutiremos</u> a seguir alguns eixos centrais para <u>construção do perfil das necessidades e demandas em saúde do território</u> .	Relações Interlocação
	Item 5.1 Conhecendo o Território	Neste eixo trazemos a discussão sobre um dos aspectos centrais do diagnóstico, o território	Diálogo Interlocação

TERRITÓRIO			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
	Pág.12	<p>[...]entendemos o território como elemento <u>dinâmico e constitutivo da vida social</u>, ou seja, a partir da <u>compreensão dialética da realidade</u>, o território é processo, produto e (re)produtor das relações sociais nele expressas (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).</p> <p>O território como resultado de <u>situações históricas, ambientais e sociais</u> particulares permite que compreendamos que a <u>população que ali se integra e se relaciona</u> carece de problemas e necessidades de saúde particulares e oriundas daquela dinâmica social. O território “apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geográfica, <u>também um perfil demográfico, epidemiológico e administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente transformação</u>”</p> <p>Foi a partir da perspectiva trazida aqui que nos dispusemos ao levantamento de dados, análise e <u>compreensão da dinâmica do território</u></p>	<p>Diálogo Interlocação Mobilização</p> <p>Contexto História Interrelação Relações Negociação</p> <p>Mobilização</p>
	Item 5.1.1 Às mulheres, lavar, passar, Cozinhar; se loucas, o hospício: do Samba à Loucura, As Dores e Delícias de Ser Amélia Pág. 12/13/14/15/16/18	<p>Seja em <u>torno do samba, da linha férrea, da literatura e/ou do estigma da loucura</u>, o território que compreende a <u>área de abrangência da CFASF é rica, vasta e pouco documentada</u></p> <p>[...]a <u>história</u> desse território como local de <u>exploração escravocrata com os engenhos de açúcar e cultivo de café, após a forjada abolição[...]</u></p> <p>Mãe Tânia, nos conta quem foi Amélia, sua relação com território e <u>suas práticas de assistência e trabalho na região na região [...]</u></p> <p><i>Às vezes passava fome ao meu lado/ E achava bonito não ter o que comer</i>” faz referência a situação de insegurança alimentar, que ainda que romantizado na música, <u>expressa claramente uma situação de vulnerabilidade vivida até hoje por muitos usuários do território</u></p> <p>Para além do samba, o território traz <u>história manicomial</u> que surge em meados do século XIX</p> <p>Com o desafio de atender uma <u>população heterogênea</u>, a Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira tem em sua adstrição um amplo território geográfico</p> <p>Trata-se de um território separado por uma importante</p>	<p>Cultura Contexto</p> <p>História Contexto</p> <p>Memória Contexto Cultura</p> <p>História Memória Cultura</p> <p>História</p> <p>Diversidade</p>

TERRITÓRIO			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
		<p><u>via de transporte terrestre, a avenida Governador Carlos Lacerda, a Linha Amarela</u></p> <p>A construção dessa <u>via</u> no território trouxe consigo <u>mudanças significativas na apropriação comunitária desta parte do bairro</u> [...]</p> <p>Apesar das <u>particularidades</u> de cada um dos territórios[...] conseguimos <u>identificar algum nível de homogeneidade na região como um todo</u></p> <p>[...]precarização das <u>relações sociais</u> que podem ser traduzidas pela velocidade com que o processo de favelização vem acontecendo ao longo da história de construção do território.</p>	<p>Acesso</p> <p>Contexto</p> <p>Contexto</p> <p>História Contexto Interlocução</p>
	<p>Item 5.1.2. Aspectos socioeconômicos: Acesso ao lazer, cultura, transportes e renda Pág. 18/19,20</p>	<p>Um dos marcos importantes da constituição do território foi a <u>chegada da linha férrea na região</u>, nesse momento a região que era majoritariamente rural começa a se transformar pela urbanização</p> <p>[...]a região de abrangência da CFASF, em virtude da <u>heterogeneidade dos bairros</u> que compõem o território, põe o desafio de responder à essa diversidade cultural e social a partir das necessidades sociais em saúde distintas que possam ali surgir.</p> <p>[...]a <u>dimensão de acesso cultural, lazer e esportes</u> do território nas entrevistas[...]foi informado que em um momento anterior à própria construção da Clínica [...]ocorriam atividades de alongamento e esportes, bem como alguns cursos, que eram <u>abertos a toda a comunidade do local</u>.</p> <p>No território da equipe Monteiro da Luz existe uma <u>quadra poliesportiva</u> em que ocorre algumas atividades como dança</p> <p>No território da equipe Fazendinha existe um <u>tradicional clube, o Várzea</u>, que segundo entrevistados, tem se tornado perigoso em virtude das disputas e <u>violência entre poder do tráfico e o Estado</u></p> <p>A partir das entrevistas e conhecimento do território identificamos que os bairros do entorno são bairros de transição, com <u>fluxo intenso de carros</u>, mas com <u>poucos locais de lazer, de esporte e de comércio</u>.</p> <p>Sob a esfera da <u>religiosidade</u> do território existe um</p>	<p>Mobilidade Circulação</p> <p>Diversidade Contexto</p> <p>História Contexto</p> <p>Contexto Cultura</p> <p>Cultura Contexto</p> <p>Contexto Acesso</p>

TERRITÓRIO			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
		<p><u>cenário heterogêneo</u> e diverso onde há igrejas católicas, protestantes, centros espíritas e centros religiosos de matriz africana.</p> <p>[...]Uma das <u>lideranças</u> do território, mãe Tânia, é praticante da religião do Candomblé e perfila com muita estima entre a população da região</p> <p>[...]a característica potencial do território: a da <u>diversidade e tolerância religiosa</u>.</p> <p>[...]o território possui 7 escolas</p> <p>[...]a Universidade Gama Filho, a primeira universidade dos subúrbios carioca, A região[...]costumava ser uma importante fonte de geração de renda para algumas famílias que encontravam dificuldade de realizar atividades de comércio em outros pontos do território.</p> <p>Além da região ser majoritariamente residencial[...]observa-se que as <u>possibilidades de transporte público são variadas</u>, donde o território é contemplado por diversas linhas de ônibus [...]além da linha férrea[...]Ainda <u>acessa uma das principais vias rápidas</u> do município do Rio de Janeiro[...]<u>Linha Amarela</u></p>	<p>Contexto Cultura Acesso</p> <p>História Contexto</p> <p>Mobilidade</p>
	Item 5.1.3. Mapa Vivo: um olhar sobre o território Pág.20/21/26/ 28/29/32	<p>A <u>cartografia</u> é uma ferramenta muito utilizada no planejamento em saúde. A <u>visualização espacial</u> através do mapeamento dos riscos, vulnerabilidades, equipamentos sociais e serviços de saúde do território auxilia no processo de seu diagnóstico</p> <p>[...]é atribuição comum entre todos profissionais de saúde da atenção básica a <u>participação do processo de territorialização e mapeamento</u> do território adscrito, identificando riscos e vulnerabilidades</p> <p>O conceito de <u>mapa inteligente, ou mapa vivo</u>, “expressa o território como espaço de vida e de convivência, por isso um “território vivo”, cuja realidade registrada é percebida e <u>significada de forma peculiar pelas pessoas que o habitam e/ou ali trabalham</u>”</p> <p>O conceito de <u>risco coletivo</u>, associado a uma determinada população em um determinado território, norteou a atividade de mapeamento deste trabalho.</p> <p>Foram <u>mapeados</u> os equipamentos sociais mais relevantes para o território[...]</p> <p>[...]o <u>mapa do território</u> adscrito já preexistente, foi <u>utilizado para melhorar a compreensão da área de</u></p>	<p>Contexto Diálogo Interlocação</p> <p>História Contexto</p> <p>Contexto</p> <p>Contexto</p> <p>Visibilidade Contexto</p> <p>Contexto</p>

TERRITÓRIO			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
		<p><u>abrangência da unidade.</u></p> <p>Uma das dificuldades observadas foi a <u>disparidade nos dados coletados entre as equipes</u> que, em parte, justifica-se pela diferença entre os territórios delas. Porém, por outro lado, <u>pode estar relacionado à uma falha de comunicação, entre os residentes e os ACS</u></p> <p>Quanto ao quesito vulnerabilidade, o relatório de gestão 2018 (CARVALHO, 2019) destaca o processo de favelização que o território vem sofrendo, apontando que ao todo 10 áreas podem ser consideradas como favelas segundo parâmetros do IBGE(direito)</p> <p>[...]áreas estão espalhadas ao longo da região, explicitando mais uma vez o caráter econômico e social heterogêneo do território (</p> <p>Utilizamos alguns parâmetros para elaborar a <u>discussão de vulnerabilidade</u> do território, como a qualidade das habitações, coleta de lixo e rede elétrica. (Interlocução, escuta, direito)</p> <p>[...]o território de abrangência da CFASF apresenta características sociais e de relevo que apontam para esse risco, dada a <u>vulnerabilidade a que estão expostos</u>. O território é constituído por ladeiras, escadarias, vielas e encostas, que podem ter seu acesso dificultado quando chove e muitas das quais não são acessadas por veículos.</p> <p>[..]o destino do lixo também demonstra que em média, 99,85% das residências do território possuem coleta de lixo. No entanto, ao caminhar pelo território é possível verificar áreas de <u>dispensação de lixo que não são retiradas pela coleta</u>, sobretudo em áreas que são visivelmente mais vulnerabilizadas</p> <p>[...]a avaliação dos parâmetros dispostos na Tabela 2, 3, 4 e 5 possuem <u>relevância na discussão</u> não apenas da qualidade de vida da população como também dos determinantes sociais em saúde da população desse território.</p> <p>Os dados e informações aqui trazidos e abordados, trazem apenas um pequeno vislumbre de algumas das condições de vida e socialização do território, que de longe esgotam as possibilidades e <u>atravessamentos no território e população, dada a complexidade do território</u>.</p>	<p>Contexto</p> <p>Contexto</p>

TERRITÓRIO			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
	Item 5.2 Redes Formais, Informais e Recursos Comunitários Pág. 33	[...]trazemos aqui algumas <u>discussões e reflexões acerca da importância dessas redes</u> e a maneira como ela acontecem no território em questão.	Diálogo Discussão
	Item 5.2.1 Redes Formais e Recursos Comunitários Pág.33/34	Dentro do território coberto pela CFASF existe o Complexo Nise da Silveira, com isso é possível perceber uma <u>relação mais estreita entre a clínica e os dispositivos de saúde mental, educação e assistência social</u> , que configuram parte das redes de apoio formais da população adscrita. Sobre as <u>redes de apoio informais</u> , fortemente presentes no território , destacam-se: centros religiosos [...] elencamos os dispositivos e os <u>recursos comunitários do território</u> , ou <u>passíveis de serem acessados pela população do mesmo</u> .	Contexto Interlocação Interconexão Acesso
	Item 5.2.2 Redes de Atenção Pág. 34	A Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a <u>organização da Rede de Atenção à Saúde</u> [...] produzindo resultados sanitários e garantindo atenção contínua e integral a determinada população de um território Por meio das RAS, o <u>princípio constitucional da integralidade</u> adquire concretude, materializando-se por meio das <u>conexões e da integração das ações e dos serviços</u> de saúde nos diversos territórios , articulados de forma supra municipal.	Negociação Interlocação Articulação Interação Inclusão Direito
	Item 5.3 Conhecendo a Clínica da Família Pág.40	A Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira possui 8 <u>equipes</u> [...] <u>nomenclaturas foram definidas tomando como base o nome das ruas do território</u> A figura 4 abaixo, ilustra o território delimitado de abrangência da unidade.	Cultura Identificação
	Item 5.3.1 Estrutura Física e Fluxos de Funcionamento	Imunização - Vacinas realizadas em sala específica, em crianças e adultos, advindos de qualquer região ou território	Identidade
	Item 5.3.3 Fluxos dos Setores: Farmácia, Odonto, NASF e Educação Física	Saúde bucal[...]ao programa de saúde na escola, no qual <u>cada escola do território tem que ser visitada</u> uma vez por trimestre (são sete escolas no território adscrito, sendo muitos alunos de fora do território); ao número ideal de atendimentos agendados, que é de 512; e ao número de altas. Sobre fragilidades e potencialidades em função da	Diálogo Contexto Interlocação

TERRITÓRIO			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
	Pág. 48/49/53	<p>violência territorial, assim como em acessar as crianças e as gestantes do território é uma fragilidade do setor</p> <p>NAF- São atribuições da <u>equipe NASF: intervenções no território</u> e na <u>saúde de grupos populacionais e da coletividade</u></p> <p>[...] relatório de gestão 2019 ainda em construção, traz alguns dados que auxiliam na compreensão das necessidades em saúde do território.</p> <p>Dado os limites da análise e levantamento de informações postos aqui, não foi possível realizar um levantamento referente às famílias por microárea do território para traçar um perfil mais elaborado e completo.</p> <p>[...] o que convoca a Rede do território à responsabilização do cuidado e acompanhamento desses usuários.</p>	<p>Interlocação Contexto Acesso</p> <p>Interlocação Negociação Aproximação Escuta Contexto</p> <p>Contexto Direito</p> <p>Identidade Contexto</p> <p>Interlocação</p>
	Item 5.3.5 Um breve levantamento sobre a população adscrita Pág.53	<p>[...]uma parcial do relatório de gestão 2019 ainda em construção, traz alguns <u>dados que auxiliam na compreensão das necessidades em saúde do território</u>.</p> <p>Considerando o movimento da Reforma Psiquiátrica, o Instituto Nise da Silveira[...], encontrando-se atualmente, em momento de fechamento definitivo da internação psiquiátrica, o que <u>convoca a Rede do território</u> à responsabilização do cuidado e acompanhamento desses usuários.</p>	<p>Interlocação Negociação</p> <p>Acesso Negociação</p>
	Item 5.3.6 Perfil dos Usuários e das Usuárias em Relação à Raça/Cor, Faixa Etária e Gênero Pág.58	<p>Quais fatores influenciam nessa mudança na pirâmide etária da CFAPS? A violência armada do território é um fator de maior ou menor importância nessa alteração ou os modelos de masculinidade?</p>	Contexto
	5.3.7 Agravos e condições prioritárias de acompanhamento Pág.58	<p>Algumas fases do ciclo de vida e doenças são acompanhadas com muito cuidado dentro da estratégia de saúde da família, pois são indicativos da melhora ou não da qualidade de vida da população cadastrada e também por traduzirem uma maior ou menor vulnerabilidade do território</p> <p>Saber quem são e quantos são os usuários acamados e restritos orienta a organização das visitas domiciliares, para priorizar esses usuários e também é uma informação que</p>	Contexto Contexto

TERRITÓRIO			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
		<p>pode ser utilizada para avaliar a vulnerabilidade do território</p> <p>Dessa forma, define atuação em todo o território nacional para eliminação da hanseníase; controle da tuberculose, da hipertensão arterial e diabetes mellitus; eliminação da desnutrição infantil; saúde da criança; saúde da mulher; e saúde do idoso (BRASIL, 2006).</p>	<p>Visibilidade</p> <p>Mobilização</p>
Síntese dos principais desafios e potencialidades	6.1 Árvores de Desafios e Potencialidades Pág.71/73/75/77/81	<p>O <u>levantamento de dados para a construção deste diagnóstico situacional</u> permitiu realizar um quadro geral das <u>particularidades e necessidades de saúde do território</u> e partir disso, elencar os principais <u>desafios e potencialidades</u> para responder a essas necessidades.</p> <p>Programa Saúde Escola- Estas ações, até onde conseguimos identificar, foram definidas sem uma <u>construção coletiva e compartilhada</u> entre as esferas da saúde e educação, além de desconsiderar as singularidades e necessidades dos territórios em questão.</p> <p>Rede de Serviços e Atenção à Usuários de Saúde Mental- Sendo[...] é um <u>desafio articular o cuidado em rede</u>, que permita ao usuário acessar seus direitos em saúde, podendo ser cuidado no território, em contato com a sociedade, desenvolvendo autonomia no seu processo de vida e saúde. [...]d onde as clínicas da família possuem posição estratégica, dada a potência do território em garantir ações de promoção e garantia à saúde.</p> <p>Esse fator foi aumentado pela expansão do território de abrangência da Clínica e pela mudança nos prontuários eletrônicos da unidade[...]ainda existe a <u>situação de recrudescimento da violência</u> nos territórios de abrangência da clínica, em que trabalhadores e ACS residem.</p> <p>Alta <u>Demanda Espontânea</u>-[...]pode estar relacionada com a <u>violência</u> do território em que pode dificultar o acesso do usuário a Clínica no dia da consulta agenda, levando-o a buscar a demanda espontânea para resolução dos problemas[...]</p> <p>Integração da Vigilância na Saúde através das <u>entrevistas</u>, observou-se uma <u>restrição das ações de vigilância no território</u> às relativas às arboviroses. [...]Os <u>conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias são insuficientes para a construção dialógica das respostas às necessidades do território</u></p>	<p>Singularidade Contexto</p> <p>Contexto Singularidade</p> <p>Interlocação Contexto Direito Acesso Interlocação Diálogo Vinculação</p> <p>Contexto</p> <p>Contexto Acesso</p> <p>Direito Acesso Interlocação</p>
Considerações Finais	Item 7 Considerações	O processo de elaboração deste Diagnóstico Situacional Participativo, ao <u>permitir o contato da equipe de residentes</u>	Interlocação Escuta

TERRITÓRIO			
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
	<p> finais Pág.82</p>	<p><u>com o território possibilitou ricos encontros e trocas de experiências pela aproximação com o cotidiano, onde se produz e reproduz a vida social.</u></p> <p>[...] a <u>compreensão dos condicionantes e determinantes de saúde</u>[...], permitiu ampliar o olhar frente às necessidade reais de saúde da população e do território[...] deste processo é possível <u>problematizar a forma como são propostos os indicadores e metas</u>[...]mas que não necessariamente refletem as particularidades da realidade do território.</p> <p>[...], <u>os parâmetros para construção de indicadores de vulnerabilidade</u>[...]debate que contemple esses eixos, à luz das reais necessidades do território, e na intenção de <u>compreender melhor as raízes dos condicionantes sociais de saúde</u>.</p> <p>[...]esperamos que <u>este trabalho</u>[...]como <u>uma ferramenta</u> que dê <u>potência às atividades de planejamento em saúde do território</u>.</p>	<p>Contexto Diálogo Comunicação Visibilidade Negociação Direito</p> <p>Contexto</p> <p>Contexto</p> <p>Conexão</p>
Referências Bibliográficas	<p>Item 8 Referências Bibliográfica Pág.83</p>	<p>FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Curitiba: UFPR, 2009.</p> <p>GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Mauricio, et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.</p>	

DSP CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA

Tabela 4 - Sentidos das Palavras Plenas: Comunicação, Participação, Promoção da Saúde, Rede e Território no DSP CSEGSF

COMUNICAÇÃO			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao comunicação nos trechos
Metodologia	Item 5 Entrevista Semi- estruturadas Pág.13	As entrevistas foram feitas com a autorização dos depoentes e registradas através de anotações, em áudio ou em vídeo. Para análise dos dados foi utilizado a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin (2011), a qual, segundo a autora, corrobora para a descoberta <u>dos sentidos das palavras</u> e a frequência que os mesmos se apresentam em uma comunicação .	sentidos
Conhecendo o Complexo de Manguinhos	Item 1.1.2 Cultura, Lazer e religião Pág. 32	. [...]A pesquisa conseguiu fazer comunicação com 14 instituições religiosas para finalidade e confirmação de sua pesquisa.	Interlocação Diálogo Cultura
	Item 1.2.3 Meios de Transporte e Rede de Comunicação Pág.34	Em <u>relação às redes de comunicação</u> que Manguinhos tem se <u>conectado</u> , podemos perceber que as iniciativas advêm em sua maioria de <u>esforços comunitários</u> , sem um apoio formal das instituições. O “ <u>Fala Manguinhos!</u> ” é uma dessas iniciativas. Trata-se de uma “ <u>Agência de Comunicação Comunitária, comprometida com os direitos humanos</u> .”	Conexão Mobilização Direito Diálogo Protagonismo Lugar de Fala
Conhecendo o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria	Item 3.3 Estrutura Física, Número de equipes e Quadro de Pessoal Pág.49	Há também setores de Coordenação da Pesquisa, Coordenação do Ensino, Setor DST/AIDS, <u>Núcleo de Comunicação</u> e Saúde, Sistema de Informação <u>do TEIAS</u> e <u>Coordenação do TEIAS</u> .	Diálogo Interlocação
Referências Bibliográficas	Item Referências Bibliográficas Pág. 80	<u>FALA MANGUINHOS!</u> Rio de Janeiro, <u>Agência de Comunicação Comunitária</u> , 14ª edição. Disponível em: http://www.falamanguinhos.com.br/wp-content/uploads/2017/02/Jornal-de-Manguinhos.pdf . Acesso em 14 de julho de 2019.	Lugar de fala Interlocação Diálogo

PARTICIPAÇÃO			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização		Trecho	Sentidos atribuídos ao Participação nos trechos
Introdução	Item Introdução Pág.10	Essa ocupação ocorreu em <u>diferentes épocas e contextos</u> , com culturas e <u>ideias diferentes</u> , assim criou-se inúmeras e fragmentadas territorialidades em consequência dos <u>diversos atores, públicos e privados</u> . Entender essas diversas territorialidades com a participação da população do território é um desafio para compreensão das necessidades e construção das intervenções em Manguinhos (PORTO; PIVETTA.2009 <i>apud</i> CARVALHO PIVETTA. 2012, p.12).	Luta Protagonismo Polifonia Mediação Manifestação Contexto
Metodologia	Item 3 Mapa Falante Pág. 12	Sua elaboração se deu a partir da participação de <u>membros do CSE e da comunidade de Manguinhos juntamente com os residentes</u> . Constituiu-se uma <u>construção reflexiva pautada na história</u> de Manguinhos, seus atravessamentos, sua característica social enquanto território e daqueles que ali vivem, bem como suas crenças, contextos e percepções.	Sentidos Interlocação
Conhecendo o Complexo de Manguinhos	Item Aspectos Físicos Pág.24/25	Ao observar os dados apresentados e buscar literatura a respeito das <u>condições de moradia do complexo de Manguinhos</u> , percebe-se que a questão da habitação é um ponto importante na <u>dinâmica desse território</u> . As políticas de urbanização e habitação implementadas tiveram caráter <u>fragmentado e descontínuo ao longo da história de ocupação do território, e em sua maioria não tiveram participação popular efetiva</u> , o que se reflete nas condições atuais encontradas e na dimensão que esse problema ocupa no território	Contexto Mobilização Protagonismo
	Item 1.3 Território Integrado de Atenção à Saúde Pág.36/37	[...] na <u>criação do Sistema Único de Saúde (SUS)</u> universal, equânime e integral. Para se cumprir esses princípios foi necessário estabelecer uma série de <u>diretrizes</u> que contribuem para concretizar essa realidade, essas diretrizes incluem a <u>criação de uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada, participação da comunidade no sistema, fomento a ensino e pesquisa em saúde, entre outros</u> O <u>projeto Teias</u> tem sua construção nessa convicção e em uma prática que é já de décadas, uma <u>prática de luta pela mudança, luta por democracia</u> , ou seja, participação de todos e por uma melhor qualidade de vida da população	Protagonismo Negociação Interlocação Luta Negociação Lugar de fala Polifonia Direito Visibilidade
Conhecendo o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria	Item 1.3.1 Conselho Gestor CGI Pág.38	“Na tentativa de <u>dar validade à participação cidadã</u> no âmbito do projeto, a gestão do Teias-Escola Manguinhos trabalha em conjunto com o <u>Conselho Gestor Intersetorial (CGI)</u> ” (ORNELAS; TEIXEIRA. 2015, p. 666). O CGI tem por objetivo proporcionar uma gestão participativa da comunidade nas tomadas de decisões sobre a saúde da população do território de Manguinhos O <u>Conselho Gestor Intersetorial</u> abrange todo o território de Manguinhos e é <u>paritário</u> na participação do poder público e da comunidade, incluindo além da representação do setor Saúde, o setor da Educação e da Assistência Social. O CGI	Protagonismo Representação Luta Negociação Polifonia Direito Pactuação

COMUNICAÇÃO			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao comunicação nos trechos
		<p>tem a função de acompanhar, pactuar e fiscalizar as ações de saúde na Atenção Primária, realizadas em Manguinhos (TEIAS ESCOLA MANGUINHOS).</p> <p>O CGI foi criado para <u>garantia da gestão participativa</u>, porém, <u>há forças em disputa</u>, e uma hierarquização iminente de atores vinculados a instituição, que por vezes <u>inviabiliza a participação</u> popular de forma mais efetiva</p>	<p>Negociação Interlocação</p> <p>Negociação Luta Interlocação</p>
Redes de Atenção	Item 2.2 Esquema Intersetorial CSGSF- Profissionais do Ambulatório Pág. 44	<p>Nutrição:[...]As nutricionistas ambulatoriais atendem a todas as equipes do CSEGSF[...]Constata-se que é preciso <u>criar pontes entre o CSEGSF e os articuladores sociais do território de Manguinhos</u> para que as tomadas de decisões sobre a saúde da população efetivamente sejam <u>decididas por meio de uma gestão compartilhada e da participação social</u>.</p> <p>Uma <u>aposta a se fazer é a participação ativa da equipe Harmonia no CGI</u>, que acontece todas as últimas sextas-feiras do mês no CSEGSF</p> <p>Desde que os residentes chegaram ao campo de prática, percebeu-se <u>que não é fomentado na equipe Harmonia a participação dos trabalhadores</u> neste espaço de potente construção coletiva.</p>	<p>Interlocação Negociação Diálogo Luta Protagonismo Direito Mobilização</p>
Quadro Síntese dos Principais Problemas encontrados com a descrição dos problemas, definição das necessidades que geram das potencialidades para enfrentamento	Item 7 Quadro - Síntese	<p>Há uma <u>dificuldade em articulações intersetoriais e predomina uma lógica de encaminhamento para atendimento ambulatorial</u>. Quem vai fazer? Todos os profissionais envolvidos, tanto do CSEGSF quanto dos demais setores. Como fazer? <u>Fomentar a participação dos profissionais das equipes</u>, sobretudo da Harmonia, no CGI para <u>potencializar as vozes territoriais e dar visibilidade aos equipamentos territoriais de Manguinhos</u></p>	<p>Interlocação Negociação Mobilização Diálogo Visibilidade Protagonismo</p>

PROMOÇÃO DA SAÚDE			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos a Promoção da Saúde nos trechos
Conhecendo o Centro de Saúde Escola	Item 3 Conhecendo o Centro de Saúde Escola Pág.45	O CSEGSF é um departamento ENSP, da Fiocruz. [...]Tem como objetivo <u>prestar assistência multidisciplinar</u> , prioritariamente à sua vizinhança, a população moradora no Complexo de Manguinhos, no município do Rio de Janeiro; <u>realizar atividades de educação, prevenção e promoção da saúde</u> ; desenvolver tecnologia, pesquisa e ensino na área da saúde pública. (REIS; VIANNA, 2004, p. 698)	Ação Negociação Interlocação Inclusão Acesso
	Itens 3.3 Estrutura física, Número de equipes e quadro de Pessoal Pág.48	O CSEGSF apresenta características singulares na <u>atuação interdisciplinar e multidisciplinar</u> . [...] Dentre as <u>atividades realizadas destacam-se as ações de promoção da saúde</u> , prevenção, proteção e vigilância, planejamento, programação, controle, avaliação e gestão.	Diálogo Interlocação Disputa Diálogo Negociação
Referências Bibliográficas	Item Referências Bibliográficas Pág.83	PERES et al. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 10; 757-769, 2005. REIS, I. N. de C.; VIANNA, M. B. Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde : um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. <i>Ciência saúde coletiva</i> , Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 697-709, Sept. 2004	

REDE			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização		Trecho	Sentidos Atribuídos a Rede nos trechos selecionados
Introdução	Item Introdução Pág.11	No território de Manguinhos pode-se contar com a atuação do Projeto do Território Integrado de Atenção à Saúde em Manguinhos (TEIAS-Escola-Manguinhos) que <u>busca ampliar o conceito de Rede de Atenção à Saúde, compreendendo o território como um espaço vivo de aprendizagem, pesquisa, intervenção, monitoramento e avaliação de ações, tanto Intra-setorial quanto inter-setorial.</u>	Conexão Interação Contexto Interlocação Diálogo Troca
Metodologia	Item 5 Entrevista semi-estruturada Pág. 13	Quanto à condição de abastecimento de água das moradias o Censo demonstra (quadro 2 abaixo) que quase 60% utiliza água de <u>rede não oficial</u> e o destino do escoamento das casas vai em sua maioria (67,9%) para a <u>rede geral de esgoto</u> (anexo C), porém esse esgoto não recebe tratamento com destinação final adequada; mesmo após as obras do PAC, o esgoto tem sido depositado nos rios que estão no entorno (SILVA, 2012).	Malha Interconexão Fluxo Vazão
Conhecendo o Complexo de Manguinhos	Item 1.1 Aspectos Físicos Pág.34	Quanto à condição de abastecimento de água das moradias o Censo demonstra (quadro 2 abaixo) que quase 60% utiliza água de <u>rede não oficial</u> e o destino do escoamento das casas vai em sua maioria (67,9%) para a <u>rede geral de esgoto</u> (anexo C), porém esse esgoto não recebe tratamento com destinação final adequada; mesmo após as obras do PAC, o esgoto tem sido depositado nos rios que estão no entorno (SILVA, 2012).	Malha Interconexão Fluxo Vazão
	Item 1.1.2 Mapa de Risco Pág.27	Os riscos físicos são representados por pontos ao longo da linha amarela, em que há uma poluição sonora e ambiental devido ao tráfego pesado de veículos na região. O risco químico, representado por substâncias potencialmente perigosas, fica em um lugar somente porque é nesse espaço em que várias empresas de oficina de veículos, grandes e pequenos, despejam um material não identificado na rede de esgoto.	Malha Fluxo
	Item 1.2 Aspectos sociais e econômicos/ 1.2.3 Meios de Transporte e Rede de Comunicação Pág. 34/35	Em relação às redes de nada que Manguinhos tem se conectado, podemos perceber que as iniciativas advêm em sua maioria de esforços comunitários, sem um apoio formal das instituições. O “Fala Manguinhos!” é uma dessas iniciativas. <u>Trata-se de uma “Agência de Nada Comunitária, comprometida com os direitos humanos. Seu propósito é transformar pessoas e território através de seus projetos e em parceria com os moradores”,</u> descreve a página na rede social do Facebook (Parceria, conexão) [...]Durante um momento o periódico era distribuído impresso na comunidade bimensalmente, mas por falta de	Conexão Visibilidade Lugar de fala Protagonismo Visibilidade Lugar de fala

REDE			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização		Trecho	Sentidos Atribuídos a Rede nos trechos selecionados
		recursos para continuidade, hoje as notícias são veiculadas na página da rede social Facebook e no site do jornal “http://www.falamanguinhos.com.br/”. (veiculação, distribuição)	Protagonismo
	Item 1.2.4 IDS Comparativo com outros bairros da cidade Pág. 35/37/38	Para o IDS de 2010 foram adotadas 8 variáveis, todas advindas das informações do Censo Demográfico do IBGE de 2010. São elas: 1 % de domicílios particulares permanentes com forma de abastecimento de água adequada, ou seja, ligados à rede geral de distribuição; % de domicílios particulares permanentes com esgoto adequado, ou seja, ligados à rede geral de esgoto ou pluvial[...] <u>As redes ou ações integradas visavam superar a brutal fragmentação que existia no sistema político de saúde anterior ao SUS e articular parcerias com as comunidades na construção de uma cogestão.</u> TEIAS[...]A saída da UPA do escopo do projeto é considerada uma grande perda, à medida que as relações já estavam consolidadas e eram facilitadas por uma gestão em comum entre as unidades da rede de Manguinhos	Contexto Conexão Integração Fluxo Visibilidade Interlocação Negociação Integração Articulação Integração Articulação
	Item 1.3 Território Integrado de Atenção à saúde Pág. 36/37/38	Para se cumprir esses princípios foi necessário estabelecer uma série de diretrizes que contribuem para concretizar essa realidade, essas diretrizes incluem a <u>criação de uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada, participação da comunidade</u> no sistema, fomento a ensino e pesquisa em saúde, entre outros. <u>As redes ou ações integradas visavam superar a brutal fragmentação que existia no sistema político de saúde anterior ao SUS e articular parcerias com as comunidades na construção de uma cogestão.</u> (Integração, interação, participação, negociação)	Conexão Integração Interação Interlocação Integração Articulação Negociação Interlocação Vínculo Participação Protagonismo
Redes de Atenção	Item 2 Redes de Atenção Pág. 38/39	Iniciou-se o <u>mapeamento</u> da rede de apoio Intrasetorial e <u>interssetorial</u> do CSEGSF a partir da identificação dos profissionais de saúde e <u>protagonistas do território</u> de Manguinhos, solicitando que <u>falassem de suas experiências</u> com a rede de apoio local, na perspectiva micro e macro da rede intra e interssetorial.	Protagonismo Visibilidade Lugar de fala Escuta Contexto Interlocação

REDE			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização		Trecho	Sentidos Atribuídos a Rede nos trechos selecionados
		<p>Utilizou-se os métodos de entrevistas aberta e entrevista semiestruturada, pesquisa bibliográfica, pesquisa de campo e o <u>Mapa Falante - mapa dos Fluxos das Relações Intrasetoriais e Intersetoriais da Harmonia</u>[...]como ferramenta para a construção do diagnóstico da rede de apoio[...]Com o objetivo de conhecer os equipamentos da rede de apoio intersetorial do CSEGSF, fez-se alguns <u>contatos para agendamentos de visitas</u> (malha, suporte, dinâmica, visibilidade, interlocução, aproximação)</p> <p>Com o Espaço Casa Viva/Rede CCAP, <u>falou-se ao telefone</u> com a responsável pela casa, mas também não foi possível agendar a visita em tempo hábil para a produção do presente trabalho, sendo mais um equipamento a <u>se tentar contato futuramente</u>. O Espaço Casa Viva/Rede CCAP está localizado na comunidade Vila Turismo, cujas s responsáveis são Serenidade e Fraternidade, estando fora da área de abrangência da Harmonia</p> <p>Da rede de Saúde Mental, <u>fez-se contato com</u> a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Carlos Augusto da Silva (Magal), localizado no território de Manguinhos, para compreender o <u>fluxo de trabalho</u> e o <u>trajeto do usuário de saúde mental</u> do CSEGSF para os dispositivos da Rede de Atenção em Saúde Mental (RAPS).</p>	<p>Diálogo Acesso Visibilidade Integração Interlocução</p> <p>Interlocução Integração Negociação</p> <p>Integração Fluxo Interlocução</p>
	Item 2.1 Redes de Apoio no Território de Manguinhos Pág. 40	A partir da construção do <u>Mapa Falante</u> com os ACS e a técnica de enfermagem, mais entrevista aberta com o enfermeiro da Harmonia (preceptor dos R1 e responsável técnico da), <u>identificou-se o funcionamento da rede</u> de apoio do território de Manguinhos.	Interlocução Visibilidade Fluxo
	Item 2.2 Esquema Intersetorial CSGSF- Profissionais do Ambulatório Pág. 42/43/44	<p>Segundo a assistente social entrevistada, pensando na atual conjuntura de governo, <u>a rede de apoio intersetorial de Assistência Social está fragilizada</u>[...]</p> <p>Saúde Mental- A partir da <u>chegada do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)</u>, [...] eles avaliam a necessidade <u>do encaminhamento para os profissionais de saúde mental do ambulatório</u> (casos mais específicos a serem acompanhados) ou demais dispositivos da rede de apoio.</p> <p>De acordo com a psicóloga do NASF entrevistada, <u>a rede de saúde mental é viva e depende dos atores que fazem a articulação</u>.</p> <p>A partir da <u>análise da rede de apoio territorial</u>, descobriu-se <u>pessoas que têm o papel de articuladores sociais na comunidade e instituições sociais</u> que fazem um trabalho de rede de apoio já solidificados, mas que não possuem vínculo com o setor saúde, neste caso, o CSEGSF. (Interlocução,</p>	<p>Interlocução Diálogo</p> <p>Interlocução Negociação</p> <p>Interlocução Negociação</p> <p>Articulação Negociação</p>

REDE			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização		Trecho	Sentidos Atribuídos a Rede nos trechos selecionados
		<p>mediação, negociação, protagonismo)</p> <p>No decorrer deste trabalho, os residentes entenderam que o território de Manguinhos têm muitas <u>potencialidades e uma delas são os dispositivos sociais</u> que estão no território e operam como rede de apoio local, mas que são poucos utilizados pela Harmonia. (Protagonismo, mobilização)</p> <p><u>A construção coletiva</u> de novos paradigmas e de novas instituições se relaciona a <u>dar visibilidade</u> ao que está <u>oculto nos territórios</u>, em especial, naqueles caracterizados pela desigualdade. O <u>desafio é dar visibilidade às redes</u> que se constituem no cotidiano do território e que, muitas vezes, <u>são invisíveis para os gestores</u> e para os trabalhadores de saúde. (AKERMAN; COSTA, 2012, p. 89-90) (legitimação, protagonismo, poder,)</p> <p>Conclui-se que a rede de apoio intersetorial em sua totalidade, opera de modo geral desarticulada e fragmentada(Interlocação)</p>	<p>Mediação Vínculo</p> <p>Interconexão Integração Interlocação</p> <p>Visibilidade</p> <p>Interlocação Articulação</p>
Quadro Síntese dos Principais Problemas encontrados com a descrição dos problemas, definição das necessidades que geram das potencialidades para enfrentamento	Item 7 Quadro – Síntese Pág. 76	<p>Problema: <u>Relação fragilizada com a rede</u> intersetorial. O que fazer? <u>Trabalhar de maneira conjunta com os equipamentos de outros setores; e estabelecer um contato com os articuladores e movimentos sociais do território de Manguinhos.</u></p>	<p>Interlocação Articulação Diálogo</p>
Considerações Finais	Item8 Considerações Finais Pág. 78	<p>Foram <u>marcadas visitas para conhecer equipamentos</u>, como o CRAS, CREAS, Casa Viva/Rede CCAP; <u>entrevistas com moradores na comunidade</u>; e por conta de confrontos armados no dia, essas atividades precisaram ser desmarcadas[...]</p>	<p>Diálogo Interlocação</p> <p>Contexto</p>
Referência Bibliográficas	Pág. 83	<p>REDE INTERGERENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. Taxa de incidência para Dengue. 2012. Disponível em: http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-2-3/?l=pt_BR. Acesso em 12 de julho de 2019.</p>	

REDE			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização		Trecho	Sentidos Atribuídos a Rede nos trechos selecionados
Anexo N	Item Roteiro de Entrevistas Pág.91	<p>Entrevista Psicóloga NASF: Como funciona o trajeto do usuário de saúde mental do CSEGSF para a Rede de Apoio Psicossocial - RAPS? Quais equipamentos intersetoriais são acessados como apoiadores da rede de saúde mental? Como você vê a rede de apoio hoje?</p> <p>Entrevista Assistente Social / Nutricionista CSEGSF: Acessam equipamentos da rede intersetorial? Se sim, qual é a relação com a rede de apoio?</p> <p>Entrevista Secretária Executiva do CGI: Como é a relação com rede de apoio intersetorial?</p>	<p>Lugar de fala</p> <p>Escuta</p> <p>Mobilidade</p> <p>Fluxo</p> <p>Integração</p> <p>Integração</p>

TERRITÓRIO			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
Introdução	Item Introdução Pág.10/11	<p>O diagnóstico é fundamental na estruturação da atenção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um determinado território e na avaliação <u>constante das modificações</u> deste.</p> <p>É uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população que inclui a <u>identificação dos principais problemas nas áreas da saúde, social, econômica, cultural, ambiental</u>, físico-territorial e político-institucional para, posteriormente, planejar e programar ações relacionadas ao território.</p> <p>O diagnóstico auxilia na <u>identificação das dificuldades e necessidades</u> a serem enfrentadas e revela as potencialidades do território, por meio da análise dos determinantes e <u>condicionantes em cada situação</u></p> <p>Entender essas <u>diversas territorialidades</u> com a participação da população do território é um desafio para <u>compreensão</u> das necessidades e <u>construção das intervenções</u> em Manguinhos (PORTO; PIVETTA. 2009 <i>apud</i> CARVALHO; PIVETTA. 2012 p.12).</p> <p>No território de Manguinhos pode-se contar com a atuação do Projeto do <u>Território Integrado</u> de Atenção à Saúde em Manguinhos (TEIAS-Escola-Manguinhos) que busca ampliar o conceito de Rede de Atenção à Saúde, compreendendo o território <u>como um espaço vivo de aprendizagem, pesquisa, intervenção, monitoramento e avaliação</u> de ações, tanto Intrasetorial quanto intersetorial</p> <p>OBJETIVOS: os objetivos deste diagnóstico situacional participativo são: a) observar, identificar, descrever e analisar o território em que a unidade está inserida, buscando <u>compreender as necessidades, fragilidades e potencialidades</u>, a partir <u>de informações</u> de pesquisadores, moradores e trabalhadores de manguinhos[...]</p>	<p>Contexto</p> <p>Pluralidade Contexto Mediação Interlocação Negociação</p> <p>Contexto</p> <p>Participação Contexto</p> <p>Integração Interlocação</p> <p>Contexto Interlocação</p>
Metodologia	Item 2 Observação Participante Pág.11/12	No presente diagnóstico, os residentes participaram do cenário de trabalho do CSE, analisaram seu <u>contexto global</u> [...] equipamentos no território em companhia da articuladora comunitária Patrícia Evangelista e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da equipe Harmonia	<p>Contexto Interlocação Visibilidade Lugar de fala Diálogo Articulação</p>

TERRITÓRIO			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
	Item 3 Mapa Falante Pág. 12	Sua elaboração se deu a partir da <u>participação</u> de membros do CSE e da <u>comunidade de Manguinhos juntamente com os residentes</u> . Constituiu-se uma construção reflexiva pautada na história de Manguinhos, seus atravessamentos, sua característica social enquanto território daqueles que ali vivem, bem como suas crenças, contextos e percepções.	Participação Interlocação Contexto Historia
Conhecendo o Complexo de Manguinhos	Item 1.1 Aspectos Físicos Pág. 14/20	<p>As comunidades de Manguinhos surgem a partir do século XX e tomam forma e característica próprias conforme as <u>mudanças temporais, atravessadas por contextos políticos e socioculturais</u>. Inicialmente, o território era ocupado principalmente por trabalhadores da própria Fiocruz, sendo a comunidade do Amorim a primeira ocupação habitacional do território.</p> <p>Segundo informações do IBGE de 2010[...]. O considerado Complexo de Manguinhos tem cerca de 45.000 habitantes (IBGE, 2010) [...]. Além disso, não houve <u>grandes impactos das políticas de habitação que pudessem atender as demandas por moradia na cidade</u>, fazendo com que um grande contingente vá para territórios cada vez mais precários</p> <p>Podemos perceber que entre as treze comunidades a que possui maior densidade demográfica é o Parque João Goulart, uma das primeiras ocupações do território de Manguinhos, da década de 1950</p> <p>As condições de habitação do complexo de Manguinhos são condizentes com a histórica ocupação do território, na maioria das vezes desordenada, em diferentes épocas. Segundo Fernandes e Costa (2013) formou-se um <u>conjunto diversificado de favelas, com moradias fora dos padrões e sem a devida regularização fundiária, além de serviços públicos precários ou ausentes para a população</u></p> <p>Em relação a situação do imóvel o Censo constata que 74,2% são próprios (já pagos/quitados). Contudo, é importante perceber que as habitações próprias <u>estão asseguradas através de uma formalização da associação de moradores de cada território</u>, em sua grande maioria (70,8%)[...]</p> <p>Ao observar os dados apresentados e buscar literatura a respeito das condições de moradia do complexo de Manguinhos, percebe-se que a questão da <u>habitação é um ponto importante na dinâmica desse território</u></p> <p>As políticas de urbanização e habitação implementadas tiveram caráter fragmentado e descontínuo ao longo da história de ocupação do território, e em sua maioria <u>não tiveram participação popular efetiva</u>, o que se reflete nas</p>	<p>História Contexto Diversidade</p> <p>Contexto História Direitos</p> <p>História Contexto Direito Acesso</p> <p>Representação Protagonismo Luta</p> <p>Contexto</p> <p>Contexto História</p>

TERRITÓRIO			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
		condições atuais encontradas e na dimensão que esse problema ocupa no território	
	Item 1.1.2 Mapa de Risco do Território Pág. 26	[...]O <u>lixo a céu aberto</u> é referido em 4 lugares no território de Manguinhos: Nelson Mandela, parque Carlos Chagas, Vila União, as mesmas do esgoto a céu aberto, e o parque Oswaldo Cruz A <u>horta comunitária</u> de Manguinhos encontra-se no território da Vila Turismo, sendo a maior horta comunitária em extensão da América Latina	Direitos Contexto Participação Protagonismo
	Item 1.2 Aspectos Sociais e Econômicos Pág.28	[...]a <u>precariedade das condições de vida dessa população</u> [...]Tudo isso aliado às constantes disputas de poder no território entre o tráfico e as polícias, com incursões policiais que colocam em risco as condições biopsicossociais das pessoas que vivem nesse território , diga-se muitas vezes também talhadores das unidades de saúde de Manguinhos	Direito Contexto Disputas Negociação
	Item 1.1.2 Cultura, Lazer e Religião Pág. 32/33	Pode-se considerar que existem algumas <u>atividades de lazer e cultura</u> no território , mas a maioria não recebe apoio institucional tão intenso. [...]várias são as <u>iniciativas por parte dos moradores do território</u> para <u>produzir espaços de cultura, lazer e esporte</u> , [...] Ao realizar-se o mapa falante com a equipe Harmonia, alguns membros citaram que existem <u>locais de culto</u> no território , mas que a equipe não tem nenhum contato. Ressalta-se o quanto a religião tem se conformado enquanto apoio importante nesses territórios vulnerabilizados <u>com ausência estatal</u> . As entidades religiosas [...] tornam-se <u>atores importantes de apoio</u> para os moradores e são fundamentais de serem consideradas para um conhecimento mais amplo do território e das relações que ali se estabelecem.	Cultura Direitos Protagonismo Contexto Visibilidade Mobilização Negociação Interlocação Mediação Contexto

TERRITÓRIO			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
	Item 1.2.3 Meios de Transporte e rede de Comunicação	<p>[...]Aparece na <u>fala da moradora do território</u> que muitas pessoas que vieram de áreas de risco do Jacarezinho para a comunidade Samora Machel retornaram para o Jacarezinho em dado momento e que uma das <u>motivações era a questão do transporte, cuja oferta é maior no Jacarezinho.</u></p> <p>O “<u>Fala Manguinhos!</u>” é uma dessas iniciativas. Trata-se de uma “<u>Agência de Comunicação Comunitária</u>, comprometida com os direitos humanos. Seu propósito é <u>transformar pessoas e território através de seus projetos e em parceria com os moradores</u>”, descreve a página na rede social do Facebook[...]</p>	<p>Lugar de fala Pertencimento Contexto</p> <p>Contexto Visibilidade Interlocação Incorporação Negociação</p>
	Item 1.2.4 IDS comparativo com outros bairros da cidade Pág. 26	O Índice de Desenvolvimento Social (IDS) [...] Tem a finalidade de medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área comparada a outra da mesma natureza O IDS vai de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 melhor a condição de desenvolvimento social daquele território [...]	Contexto
	Item 1.3 Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS)- Escola-Manguinhos Pág. 37	Sua missão enquanto projeto é: desenvolver, em Manguinhos, um território integrado de atenção à saúde como espaço de inovação das práticas do cuidado à saúde, de <u>ações intersetoriais, ensino e pesquisa</u> visando a melhoria da condição de saúde e vida da população de forma participativa[...]Seus equipamentos incluem[...]o CAPS II Carlos Augusto da Silva - Magal (CAPS Magal) - que é o <u>dispositivo de saúde mais recente no território, fruto de luta popular, através do Conselho Gestor Intersetorial (CGI)</u> [...]	Incorporado Inclusão Interlocação Protagonismo Luta Participação
	Item 1.3.1 Conselho Gestor Intersetorial –CGI Pág.38	<p>[...]O CGI tem por objetivo proporcionar <u>uma gestão participativa</u> da comunidade <u>nas tomadas de decisões sobre a saúde da população do território</u> de Manguinhos, onde os moradores do território, <u>articuladores sociais, Conselheiros, representantes de outros setores</u> e trabalhadores da saúde, <u>possam opinar</u> sobre a gestão do projeto TEIAS-Escola Manguinhos[...]</p> <p>O Conselho Gestor Intersetorial abrange todo o território de Manguinhos e é <u>paritário na participação do poder público e da comunidade</u>, incluindo além da representação do setor Saúde, o setor da Educação e da Assistência Social[...]</p>	<p>Polifonia Negociação Mediação Articulação</p> <p>Articulação Interlocação Representação Direito</p>

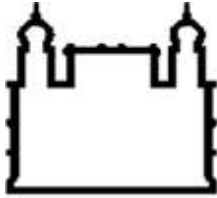
TERRITÓRIO			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
Redes de Atenção	Item 2 redes de Atenção Pág. 38/39	<p>Iniciou-se o mapeamento da rede <u>de apoio Intrasetorial e intersetorial</u> do CSEGSF a partir da identificação dos profissionais de saúde e <u>protagonistas do território</u> de Manguinhos <u>solicitando que falassem de suas experiências</u> com a rede de apoio local, na perspectiva micro e macro da rede intra e intersetorial</p> <p>[...]fez-se contato com a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Carlos Augusto da Silva (Magal), localizado no território de Manguinhos, para <u>compreender o fluxo</u> de trabalho e o <u>trajeto do usuário de saúde mental</u> do CSEGSF para os dispositivos da Rede de Atenção em Saúde Mental (RAPS). [...]</p> <p>[...]a unidade estava com <u>Acesso Mais Seguro em vermelho</u> - o que indica a impossibilidade de transitar pelo território. A violência armada em Manguinhos é a principal <u>razão impeditiva do processo de trabalho</u> e um fator determinante no adoecimento dos usuários e dos profissionais de saúde que residem no território</p>	<p>Negociação interlocação Poder Escuta</p> <p>Diversidade Fluidez Percurso Sinalização Mobilidade Contexto</p>
	Item 2.1 Redes de Apoio no Território de Manguinhos CAH VSP Pág. 40	<p>A partir da construção do <u>Mapa Falante</u> [...]identificou-se o funcionamento da <u>rede de apoio</u> do território de Manguinhos.</p>	<p>Visibilidade Interlocação Articulação</p>
	Item 2.2 Esquema Intrasetorial CSRGSF-Profissionais do Ambulatório Pág.42/44	<p>[...]O <u>CRAS Ramos</u> fica localizado no Complexo do Alemão, <u>distante do nosso território</u>, o que torna-se um <u>dificultador de acesso</u> para os usuários do CSEGSF[...]<u>Mais próximo ao território</u> de Manguinhos tem-se o CRAS Caio Fernando Abreu[...]<u>mas não é a área de abrangência</u> do CSEGSF.</p> <p>[...]o território de Manguinhos possui <u>demandas que extrapolam o setor saúde</u> e, por isso, torna-se imprescindível o planejamento das ações de saúde apoiado na lógica da <u>intersetorialidade</u>.</p> <p>Constata-se que é <u>preciso criar pontes</u> entre o CSEGSF e os <u>articuladores sociais</u> do território de Manguinhos para que as tomadas de decisões sobre a saúde da população efetivamente sejam decididas por meio de uma <u>gestão compartilhada</u> e da participação social</p> <p>Uma aposta a se fazer é a <u>participação ativa</u> da equipe Harmonia no CGI[...]<u>Não foi visto representantes</u> da equipe Harmonia nas reuniões do CGI, principalmente os ACS, que são moradores do território e <u>voz de Manguinhos</u> dentro desse espaço.</p>	<p>Acesso Interlocação Negociação</p> <p>Interlocação Contexto Articulação Mediação Acordo Dialogo Mobilização Negociação Conexão Articulação</p> <p>Protagonismo Visibilidade</p>

TERRITÓRIO			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
		<p>No decorrer deste trabalho, os residentes entenderam que o território de Manguinhos têm muitas potencialidades e uma delas são os <u>dispositivos sociais</u> que estão no território e <u>operam como rede de apoio local</u>, mas que são poucos utilizados pela equipe Harmonia.</p> <p><u>A construção coletiva</u> de novos paradigmas e de novas instituições se relaciona a <u>dar visibilidade</u> ao que está oculto nos territórios, em especial, naqueles caracterizados pela desigualdade. O desafio é <u>dar visibilidade às redes</u> que se constituem no cotidiano do território e que, muitas vezes, <u>são invisíveis para os gestores</u> e para os trabalhadores de saúde. (AKERMAN; COSTA, 2012, p. 89-90)</p>	<p>Integração Negociação Interlocação</p> <p>Protagonismo Visibilidade Articulação</p>
Conhecendo o Centro de Saúde Germano Sinval Faria	Item 3 Conhecendo o Centro de Saúde Germano Sinval Faria redes de Atenção Pág. 45	<p>O Programa Saúde da Família no território teve início com apenas 2 equipes, no ano 2000, por <u>meio de convênio da ENSP junto à prefeitura do Rio de Janeiro</u>[...]em 2004, outras equipes foram implantadas, totalizando 8 equipes, para ampliar o escopo de cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Manguinhos.</p> <p>[...]Organizações Sociais a FIOTEC, habilitou-se como OS, concorreu à licitação e ganhou assumindo a <u>gerência do território</u> de Manguinhos (ENSP, 2019).</p> <p>[...]fez-se contato com a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Carlos Augusto da Silva (Magal), localizado no território de Manguinhos, para compreender o fluxo de trabalho e o trajeto do usuário de saúde mental do CSEGSF para os dispositivos da Rede de Atenção em Saúde Mental (RAPS). [...]</p> <p>[...]a unidade estava com <u>Acesso Mais Seguro em vermelho</u> - o que indica a <u>impossibilidade de transitar pelo território</u>. A violência armada em Manguinhos é a principal razão impeditiva do processo de trabalho e um fator determinante no adoecimento dos usuários e dos profissionais de saúde que residem no território</p> <p>O Projeto TEIAS-Escola Manguinhos, reorganizou a <u>ESF no território de Manguinhos</u>, criando a Clínica da Família Victor Valla em 2010, que passou a <u>dividir o território com o CSEGSF</u></p>	<p>Negociação Acordo Interlocação Diálogo</p> <p>Negociação Representação</p> <p>Mobilidade Circulação Acesso</p> <p>Acesso Mobilidade Contexto</p> <p>Integração</p>
	Item 3.3 Estrutura Física, Número de Equipes e quadro de	<p>Muitas <u>ações coletivas</u> acontecem na unidade e no território (anexo H), além disso as equipes utilizam com frequência os espaços de sala de espera para realizar <u>intervenções informativas</u>.</p>	<p>Diálogo Negociação Mobilização</p>

TERRITÓRIO			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
	peçoal Pág. 49		
Conhecendo a sua área, a equipe de SF e sua População	Item 4.3 Composição da Equipe Pág. 45/59	[...]a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)[...]define que o número de ACS deve cobrir 100% o território da equipe, <u>fazendo que todas microáreas da equipe estivesse com um agente comunitário de saúde[...]</u>	Vínculo
	Item 4.4 Processo de Trabalho da Equipe Pág.60	[...]um <u>quadro-mapa do território</u> de abrangência da equipe e alguns alfinetes indicando alguns riscos biológicos e domicílios onde há pacientes de difícil controle de hipertensão, acamados e gestantes de alto risco.	Visibilidade Contexto
Condições de Saúde	Item 5.1.2 Harmonia Pág. 62/63	Em termos de porcentagem, 10,97% da população do território da equipe Harmonia encontra-se com HAS[...] Logo, tanto para hipertensão como para diabetes, as prevalências no território da equipe harmonia e na área de abrangência do CSE, ficam abaixo dos dados de prevalência municipais e nacionais.	Contexto Contexto
Quadro – Síntese dos Principais Problemas	Item 7 Quadro Síntese Pág. 76	Problema: <u>Relação fragilizada</u> com a rede intersetorial. Como fazer? Fomentar a participação dos profissionais das equipes, sobretudo da Harmonia, no CGI para <u>potencializar as vozes territoriais</u> e <u>dar visibilidade aos equipamentos territoriais</u> de Manguinhos. Problema: <u>Ausência de ações voltadas para adolescentes</u> . Como fazer? Tentar <u>acessar os grupos e movimentos sociais do território</u> para chegar até os adolescentes; <u>ir às escolas de ensino fundamental e médio da região, conversar</u> com esses adolescentes que <u>acessam a unidade</u> (os motivos de acessarem, o perfil desses usuários, suas necessidades sociais)	Interlocação Negociação Diálogo Protagonismo Mobilização Direito Direito Negociação Interlocação
Considerações Finais	Item 8 Considerações Finais Pág. 78	A <u>violência</u> que o território sofre por parte dos agentes de segurança pública do Estado <u>atravessaram diversas vezes a construção do diagnóstico</u> , assim como os processos de trabalho de todos da equipe, afetando o estado emocional e físico dos trabalhadores e, principalmente, impactando a vida dos moradores do território de Manguinhos. Por fim, foi <u>escassa a participação dos moradores do território</u> e usuários do serviço na construção do trabalho. Isso se deu por falta de organização do grupo de residentes em relação a administração do tempo e de conseguir <u>articular com os moradores; falta de apoio</u> da equipe Harmonia para facilitar essa articulação; e por conta dos <u>conflitos armados no território</u> .	Contexto Interlocação Negociação Participação Interlocação Contexto

TERRITÓRIO			
Centro de Saúde Germano Sinval Faria			
Localização	Item	Trecho	Sentidos atribuídos ao território nos trechos selecionados
Referências Bibliográficas	Item Referência Bibliográfica	<p>AKERMAN, M; COSTA, I. de S. Território e a saúde: ações do setor saúde para a transformação da cidadania. In: CARVALHO, M. A. P.; PIVETTA, F. (Org.). <i>O território Integrado de Atenção à Saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes!</i> 1 ed. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.</p> <p>CAP 3.1. Território da AP 3.1. Disponível em: http://cap31.blogspot.com/p/demografia.html. Acesso em 29 de junho de 2019</p> <p>FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Portaria n. 319/2010-PR,2013. Constituição da Coordenação do Programa Território Integrado de Atenção à Saúde – TEIAS-Escola Manguinhos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.</p> <p>INSTITUTO PEREIRA PASSOS. Panorama dos Territórios: UPP'S de Manguinhos, 02/2017. Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/website/Output/UPP/Panoramas/1%20Panorama%20dos%20Territ%C2%A6rios%20-%20UPPs%20Manguinhos.pdf. Acesso em 13 de julho de 2019.</p>	

ANEXO A**Diagnóstico Situacional Participativo da
Clínica da Saúde da Família Anthidio Dias da Silveira**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Andresa Barbosa Candido
Geisa Moreira de Jesus
Laís Soares Faria de Souza
Larissa Borlin Ladeira Ontiveros
Maria Carolina Rezende Simonsen
Mariana Espíndola Robin
Natasha de Jesus Carvalho

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPATIVO

Estudo do território do Jacarezinho para identificação de necessidades e potencialidades no campo da Saúde

Rio de Janeiro

2019

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPATIVO

Estudo do território do Jacarezinho para identificação de necessidades e potencialidades no campo da Saúde

Trabalho desenvolvido e apresentado ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ, como requisito parcial para a conclusão da Unidade de Aprendizagem II.

Orientadores: Márcia Torres e Roberto Raposo.
Coorientação: Maria Alice Pessanha

Rio de Janeiro
2019

*“A um rio que tudo arrasta, se diz que é violento
Mas ninguém chama de violentas
as margens que o oprimem.”*

Bertold Brecht.

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Mapa do Bairro Jacarezinho.....	52
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Densidade demográfica do Jacarezinho em comparação com a do município do Rio de Janeiro.....	18
Gráfico 2 – Distribuição da População Adscrita por Faixa Etária e Gênero.....	38
Gráfico 3 – Prevalência de Hipertensão Arterial: CFADS e município.....	45
Gráfico 4 – Prevalência de Hipertensão Arterial: CFADS, Viúva Claudio e pop. Adscrita...	45
Gráfico 5 – Prevalência de Diabetes: CFADS e município.....	46
Gráfico 6 – Prevalência de Diabetes: CFADS e Viúva Claudio.....	47
Gráfico 7 – Prevalência de Tuberculose: CFADS e Viúva Claudio.....	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – IDS do Jacarezinho em comparação com outros bairros.....	27
Tabela 2 – Composição da Equipe Viúva Cláudio.....	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Imagem de Satélite do Jacarezinho.....	13
Figura 2 – Padrão dos Riscos.....	21
Figura 3 – Mapa de Risco do Território da Equipe Viúva Cláudio.....	21
Figura 4 – Mapa da área de abrangência Clínica Anthídio Dias da Silveira.....	32
Figura 5 – Planta Baixa da CFADS.....	40
Figura 6 – Diagrama com a estrutura da Rede de Atenção à Saúde.....	62
Figura 7 – Esquema de vínculo entre a rede intersetorial e a CFADS.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Área de abrangência de cada equipe.....	33
Quadro 2 – Composição das equipes CFADS em julho, 2019.....	39
Quadro 3 – Plano de Ação da Equipe Viúva Cláudio	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADH	Atlas do Desenvolvimento Humano
AMA	Atendimento Médico Ambulatorial
MAS	Acesso Mais Seguro
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVS	Agente de Vigilância em Saúde
CAP	Coordenadoria de Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCJ	Centro Cultural do Jacarezinho
CFADS	Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira
CnaR	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DML	Depósito Materiais de Limpeza
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
PSE	Programa de Saúde da Escola
RA	Regional Administrativa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SB	Saúde Bucal
SF	Saúde da Família
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1	Introdução.....	10
2	Objetivos.....	11
2.1	Objetivo Geral.....	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	Metodologia.....	12
4	Conhecendo o território.....	13
4.1	Aspectos físicos	13
4.1.1	Localização e características geográficas.....	13
4.1.2	História da comunidade.....	13
4.1.3	População	17
4.1.4	Qualidade e tipos de habitações	Erro! Indicador não definido.
4.1.5	Mapa de risco do Território.....	Erro! Indicador não definido.
4.2	Aspectos sociais e econômicos	21
4.2.1	Trabalho, renda e educação.....	21
4.2.2	Cultura, lazer e religião	24
4.2.3	Meios de transporte e rede de comunicação	26
4.3	IDS comparativo com outros bairros da cidade.....	26
4.4	Redes formais e informais de apoio social	27
4.4.1	Redes formais.....	27
4.4.2	Redes informais:.....	30
5	Conhecendo a Clínica da Família.....	31
5.1	Área de abrangência.....	32
5.2	População adscrita: total, distribuição por faixa etária e por gênero	37
5.3	Estrutura física, número de equipes e quadro de pessoal	38
5.4	Atividades desenvolvidas	41
5.4.1	Serviços disponibilizados:.....	41
5.4.2	Grupos:	43
5.4.3	Eventos pontuais:	44
5.5	Prevalência de HAS, diabetes, tuberculose e sífilis: comparativo da Clínica da Família Anthidio Dias da Silceira com o município e o estado do RJ.....	44
5.5.1	Hipertensão	44
5.5.2	Diabetes.....	46
5.5.3	Tuberculose	47
5.5.4	Sífilis	48

5.6 Dados sobre outras doenças, agravos e questões de saúde que sejam relevantes na população da Clínica.....	49
5.7 Percepção da comunidade acerca do serviço de saúde	50
6 Conhecendo a sua área, a equipe de SF e sua população	52
6.1 Área de abrangência e população cadastrada	52
6.2 Micro áreas e suas principais características	53
6.3 Composição da Equipe	54
6.4 Mulheres na faixa etária de rastreamento do câncer de mama e colo de útero.....	55
6.5 Gestantes: 15 a 49 anos; gestantes < 20 anos e > 20 anos.....	56
6.6 Crianças < 1 ano	57
6.7 Classificação de Risco das Famílias	57
6.8 O processo de trabalho da equipe Viúva Cláudio.....	58
7 Redes de atenção	59
7.1 Rede Intersetorial e esquema da relação de vínculo com a CF	62
8 Necessidades e potencialidades:.....	63
8.1 Problemas encontrados:	63
8.2 Necessidades:.....	64
8.3 Potencialidades:	67
9 Plano de Ação:.....	70
10 Considerações finais:.....	71
Referências Bibliográficas:	72
ANEXOS:.....	75

1 Introdução

O presente trabalho tem como objetivo a elaboração do Diagnóstico Situacional Participativo da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, localizada no Jacarezinho. A CFADS conta com 7 equipes de saúde da família e 1 equipe de Consultório na Rua, tendo como referência para as autoras deste trabalho, a equipe Viúva Cláudio. Esta atividade compõe o escopo de propostas da Unidade de Aprendizagem II da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

O Jacarezinho situa-se na zona norte do Rio de Janeiro, um território, assim como outros, muito dinâmico e vivo. Entendendo este como processo e produto das relações sociais (SANTOS, 1997, *apud*, FARIA; BORTOOZZI, 2009), compreende-se que não se limita a uma instância geográfica, mas que as relações dentro deste espaço também configuram e organizam o mesmo.

O diagnóstico consiste em uma ferramenta de qualificação do trabalho desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que reúne uma série de informações acerca do perfil epidemiológico da população, de fatores geográficos, demográficos, sócio políticos, econômico-sociais, culturais e institucionais (CARVALHO, LAGO, 2019). A partir desta análise, se faz possível elaborar e implementar estratégias que potencializem o trabalho desenvolvido na Atenção Básica.

Foi construído coletivamente pelas residentes do campo e com a participação popular de moradores e trabalhadores do território através de entrevistas e conversas. Baseado na perspectiva da *história oral*, optamos por narrar, em primeira pessoa do singular, a história deste território a partir de relatos e vivências de moradores, tendo em vista que reconhecemos estes como protagonistas dessa construção (ATAIDE, 2016).

Concomitantemente, partimos para o mapeamento, observação, análise e reflexão deste território, considerando que o conceito que adotamos deste inclui: campo prático de trabalho, relações sociais, relações de poder e violência. Esta última, com papel significativo na vida de quem mora e trabalha no Jacarezinho.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar o Diagnóstico Situacional Participativo do território do Jacarezinho, com a finalidade de conhecer, observar, refletir e elencar os maiores desafios, problemas, necessidades e interesses de saúde da comunidade, assim como suas potencialidades.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a área de abrangência de cobertura da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira;
- Compreender a estruturação de uma UBS;
- Identificar o perfil epidemiológico e sociodemográfico da população coberta pela Clínica;
- Conhecer a história do território e da população assistida;
- Refletir sobre o processo de trabalho da Clínica, em especial da equipe Viúva Cláudio;
- Promover a inserção das residentes no processo de trabalho junto a Equipe Viúva Cláudio, na construção de estratégias que contextualizam com a necessidade da comunidade.
- Identificar as potencialidades e vulnerabilidades do território, que fundamentam na elaboração de um planejamento estratégico situacional fortalecido nas práticas multiprofissionais
- Elaborar um plano de ação a partir da observação e das necessidades identificadas no processo do presente trabalho.

3 Metodologia

A metodologia utilizada no presente trabalho é embasada na observação participante (MINAYO, 2010), visto que para um diagnóstico situacional participativo se fazem necessárias não apenas observações, mas também os relatos de nossas experiências, vivências e entrevistas no período inicial da entrada ao campo.

Para tanto, foram utilizados como fonte de dados os seguintes recursos: os registros dos diários reflexivos das residentes, entrevistas com moradores do Jacarezinho, lideranças da comunidade e trabalhadores da clínica e da rede intersetorial de saúde, assistência social e educação, como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), algumas escolas e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência. Além destes, também contamos com a participação em grupos desenvolvidos na clínica, com a realização de visitas domiciliares e a imersão em alguns processos de trabalho que permeiam o cotidiano da unidade, como por exemplo, a organização do acolhimento, as reuniões de equipe e as reuniões gerais.

Para as entrevistas desenvolveu-se um roteiro semiestruturado¹ para cada categoria entrevistada, sendo elas: moradores, trabalhadores da clínica, lideranças formais e informais da comunidade.

Analisamos o território de abrangência da Clínica, além da observação e vivência no campo e desenvolveu-se também o mapa desenhado da área de cobertura em conjunto com o mapa de risco da mesma (NOVELLO, 2011). A construção do mapa de risco do território foi feita baseada na avaliação de riscos², no ambiente de trabalho, popularmente chamada “chão de fábrica”, onde para além do olhar acerca das condições laborativas e das barreiras físicas, consideramos todos os riscos nos quais os indivíduos estão expostos no território.

A metodologia utilizada para narrativa da história do território baseia-se no conceito de *história oral*, entendido como:

a interpretação da história e das mudanças ocorridas nas sociedades e culturas por meio de relatos orais em que aparecem as lembranças e experiências, que são registradas pelo sentido auditivo que a registra. Compreende também a história oral pelo seu caráter interdisciplinar, pois demonstra como a interação humana permeia e transcende todas as barreiras das disciplinas (THOMPSON, 2002, apud. ATAIDE, 2016, p.149).

Para maiores análises e reflexões também utilizamos as bases de dados DATASUS, DATARIO, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Atlas da Violência

¹ Disponível em anexo.

² Cabe ressaltar que aderimos o padrão estabelecido pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), porém acrescentamos o risco psicossocial, por considerarmos de grande importância para análise.

(IPEA), Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH), Relatório de Gestão (2018) produzido pela gestora da unidade e dados extraídos da plataforma VitaCare.

4 Conhecendo o território

4.1 Aspectos físicos

4.1.1 Localização e características geográficas

O Jacarezinho é um bairro localizado na zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, delimitado pelos bairros Maria da Graça, Jacaré, Sampaio, Manguinhos e Cachambi. De fácil acesso a outras regiões da cidade, o bairro está próximo à Avenida Brasil, Linha Amarela, Av. Marechal Rondon, Av. 24 de Maio e Túnel Noel Rosa, importantes vias de acesso a regiões centrais da cidade.

Figura 1 - Imagem de satélite do bairro Jacarezinho, Rio de Janeiro, R.J.



Fonte: Google Maps

Possui terreno plano e tem como característica geográfica sua estruturação em ruas e avenidas, sendo a principal delas a Av. Dom Helder Câmara. Esta possui uma passagem de nível que a liga à rua Bráulio Cordeiro, uma das principais do bairro, chamada popularmente de “Buraco do Lacerda”, em referência aos Governador Carlos Lacerda que em 1960 abriu esta passagem com a chegada de várias indústrias no bairro (THIAGO, 2007).

4.1.2 História da comunidade

No fim do século XIX, como fruto do processo de abolição da escravidão, da queda da produção cafeeira e da imigração de europeus para compor a força de trabalho, houve um aumento das moradias estruturadas em cortiços nas áreas centrais da cidade. O inchaço

demográfico destas regiões foi acompanhado por um processo de demolição das habitações coletivas, justificada pelo movimento de higienização urbana. Como consequência, desenvolveram-se moradias, em áreas periféricas, dando início ao processo de favelização na cidade do Rio de Janeiro (THIAGO, 2007).

Em 1908, houve a abertura da linha férrea na região do Jacarezinho, que resultou na divisão e loteamento das chácaras e sítios e na posterior urbanização local, intensificada com o crescimento do mercado industrial na década de 20, gerando grande oferta de empregos e êxodo populacional. Nesta mesma época, uma das principais empresas instaladas neste território foi a General Electric, que empregava mais da metade dos moradores locais e moradores de outros bairros e do estado do Rio de Janeiro.

Considerando a metodologia proposta para elaboração deste trabalho, entendemos como de grande relevância o relato de uma moradora local sobre o que viu e viveu ao longo de sua trajetória no Jacarezinho. Para isto, informamos que a partir deste momento, até o fim da história, o texto estará em primeira pessoa do singular, para possibilitar a experiência de aproximação real para o leitor.

*“Vivia o dia e não o sol, a noite e não a lua
Acordava sempre cedo (era um passarinho urbano)
Embarcava no metrô, o nosso metropolitano...
Era um homem de bons modos: “Com licença; - Foi engano”
Era feito aquela gente honesta, boa e comovida
Que caminha para a morte pensando em vencer na vida.”
Pequeno perfil de um cidadão comum, Belchior.*

“Apresento agora a história do Jacarezinho que ninguém viu. Essa é, por acaso, a minha história. Mas, pode ser confundida ou misturada com a de muitas pessoas dentro dessa cidade metropolitana, marcada pela exploração do trabalhador e da opressão do Estado sobre o povo negro, pobre e periférico.

Sou nascida e criada no Jacarezinho e até há pouco tempo não conhecia a verdadeira história do nome da favela. Antes de acontecer a separação do Jacarezinho, o nome do bairro era Jacaré. Isso se dá por conta do rio Jacaré, corruptela de ‘Yacaré’, que significa torto ou sinuoso, fazendo referência às voltas que o Rio dá. O Rio nasce no morro do Elefante, atravessa o Engenho Novo e vai até Manguinhos encontrando o Rio Faria Timbó. Com o crescimento da favela, em 1992, aconteceu um processo de urbanização

maciço, denominado *Favela Bairro*, dando origem da favela *Jacarezinho*, separada do bairro *Jacaré*.

Minha mãe, ainda pequena veio do interior do estado, em busca de melhor qualidade de vida. Meu pai, assim como muitas pessoas, veio durante o processo de industrialização do bairro, saindo da Baixada Fluminense para trabalhar nas indústrias que estavam se estabelecendo ali, principalmente na região das ruas Viúva Cláudio, Matinoré, Bráulio Cordeiro e Bruno Seabra.

Uma das fábricas mais importantes do período foi a Cruzeiro, hoje conhecida como General Electric. Essa fábrica foi de fundamental importância para o crescimento do bairro, pois muitos acabaram permanecendo no local para ficarem mais próximos ao trabalho. Um dos motivos também era a dificuldade de voltar para bairros mais distantes ou até outras cidades.

Outra fábrica importante foi a Cisper, que existe ainda hoje. As duas indústrias permitiram às pessoas que trabalhavam lá outra condição de vida em relação às pessoas que não possuíam esse tipo de vínculo empregatício, sendo nas indústrias ou de outros trabalhos formais. Esses empregos possibilitaram às famílias ter acesso à moradias, educação e à comida de melhor qualidade, configurando mais dignidade para a vida.

- Quando eu ia para escola, passava em frente à fábrica de café chamada Moinho de Ouro, e o cheiro que rondava o entorno é uma lembrança muito boa.

Os anos 80 e 90 foram o ápice das indústrias no Jacarezinho. Hoje, sua grande maioria saiu do bairro e da cidade do Rio de Janeiro. Algumas destas, fecharam por conta da crise econômica e outras pela violência produzida sobre a favela.

A violência na favela foi sendo construída e produzida de formas diferentes no passar dos anos. Eu nasci no início dos anos 80 e, nessa época, os conflitos eram entre facções rivais. Esses movimentos eram chamados de “tomada de morro” e a polícia pouco se envolvia.

- Pra falar a verdade eu nem conhecia polícia, só conhecia bandido, afinal ele morava na minha rua.

A favela também era mais tranquila, mesmo com a guerra entre as facções, a forma de conflito era diferente. Por exemplo, só aconteciam à noite, permitindo que as pessoas

saíssem para trabalhar no dia seguinte. Não havia crianças envolvidas com o crime, além de, à época, existir certo respeito com as pessoas mais velhas da comunidade.

A partir do final dos anos 90 e início dos anos 2000, com o declínio do complexo industrial e o desemprego estrutural gerado, se iniciou um novo tipo de comércio, acarretando uma rearticulação da economia para outros setores, em especial o comércio de lojas de roupas, farmácias, salão de beleza, armazéns, “vendinhas” e comércio informal. A Rua Comandante Gracindo de Sá era chamada de ‘rua da feira’, pois além do comércio de lojas, existia uma feira que se comercializava frutas, verduras e utensílios usados. Essa rua ainda é o lugar onde mais se concentra o comércio no Jacarezinho, porém a feira não existe mais.

- O Salomão, dono da loja de móveis, foi um dos primeiros a vender os produtos a crediário. Ele tinha um caderninho e vendia na base da confiança.

A loja do seu Salomão ainda existe e já está na terceira geração de administradores. Também existiam muitas vendinhas que distribuía balas para as crianças e vendiam na “base da confiança” para os moradores. Hoje em dia, o comércio está mais estruturado. Ainda com muitos trabalhos informais, mas também com muitas lojas de roupas, botequins, farmácias e outros.

Outra lembrança que tenho da minha infância é ir ao Grêmio Recreativo Escola de Samba Unidos do Jacarezinho, que na época, era conhecida apenas como Unidos do Jacarezinho para acompanhar minha tia. Anos depois, percebi que este era o único lugar que tinha para o lazer dos moradores, e por isso, estava sempre muito cheio. Era divertido e os sambas estavam na ‘boca do povo’.

Um processo divisor na vida de quem mora no Jacarezinho foi a entrada das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP), em 2013. As pessoas tinham muito medo de que acontecesse confronto entre o tráfico e a polícia, mesmo tendo sido avisadas sobre a entrada da polícia.

- Graças a Deus não teve guerra. Não teve confronto.

A vida foi seguindo seu fluxo. Por um tempo, ficou tudo calmo. Inclusive, foi a primeira vez que sentimos que o Jacarezinho era um bairro, assim como outros do Rio de

Janeiro. Mas durou pouco tempo, cerca de um ano e meio, para falar a verdade. Em 2015, os confrontos começaram entre o tráfico e a polícia, acontecendo a divisão da favela.

A opressão do Estado não é de hoje e também não acabará hoje. Ela perpassa as vidas, estando desde a marginalização das pessoas para a periferia, a negligência por falta do saneamento básico, boas condições de moradia, desemprego e principalmente com a violência armada e o racismo estrutural.

Hoje, essa violência contra o povo tem se intensificado, pois as tecnologias utilizadas também vão se aprimorando. O controle sobre os corpos e o direito de ir e vir muitas vezes é interrompido, interferindo na condição de saúde das pessoas”.

- O que mais sinto raiva é do caveirão voador (helicóptero águia), porque é aquele medo se a bala vai vir de cima ou não. Porque o tiro na rua a gente sabe que passa, mas do helicóptero não.

*Minha filosofia é cantar os meus versos
Com simplicidade, é provar
Que o morro também
Tem direito a felicidade*

*Eu sou barro, eu sou chão
Eu sou pó, eu sou poeira
Sou filha desse torrão
Eu sou a raça brasileira
Raça Brasileira Elaine Machado*

Podemos concluir então, a partir das entrevistas coletadas e da narrativa contada na história acima, que a resiliência dos moradores é uma característica comum entre todos. Diante de todo cenário de violência e opressão do Estado, pelas suas diversas vias, resiste uma população com seus modos de vida plurais, que se encontraram na luta diária pela sobrevivência. Descrevemos um território com histórias marcadas pelo medo e pela tensão, mas que também transformam esse sentimento em luta, em mudança e organização coletiva.

4.1.3 População

De acordo com projeção do último censo IBGE (2010), em 2018 o município do Rio de Janeiro possui população estimada de 6.688.927 habitantes, configurando-a como a mais populosa do estado e a segunda mais populosa do Brasil.

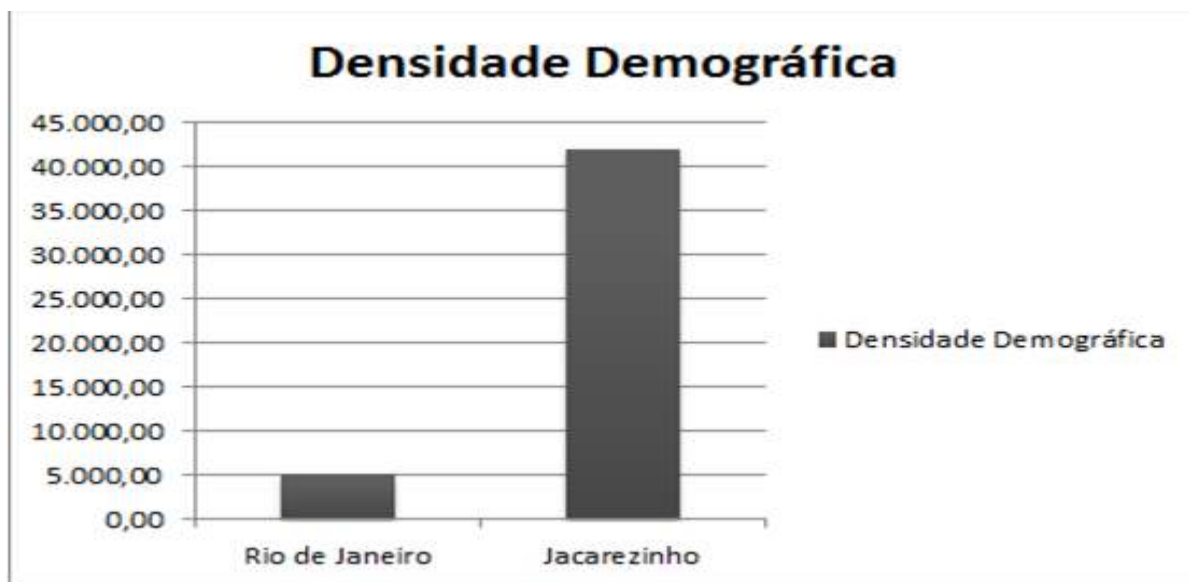
Entre as 15 supercidades brasileiras, o Rio de Janeiro e São Paulo formam um subgrupo especial, bem distante das demais. Com cerca de 1,4 milhões de moradores

em AGS³, o Rio é o líder nacional, logo seguido de São Paulo, com 1,3 milhões. Proporcionalmente, contudo, o Rio, com 22% de seus habitantes nessa condição, era o dobro da capital paulista. Salvador, com 882 mil (33%) e Belém, com 758 mil (54%) formavam o segundo patamar. Fortaleza, Recife, Belo Horizonte, Manaus, São Luís e Guarulhos tinham entre 200 mil e 400 mil habitantes em AGSN⁴ e proporções entre 13% e 23% (RIO, 2012, p.04).

A densidade demográfica, em 2010, constatada na plataforma supracitada era de 5.265,82 habitantes/ km² na cidade do Rio de Janeiro, considerando dados oficiais de 6.320.446 de habitantes. Desta forma, entende-se que há uma aglomeração intensa de pessoas disputando os mesmos espaços. Entretanto, ainda segundo essa fonte, a maior parte destes habitantes, cerca de 65% da população municipal, concentra-se nas regiões Norte e Oeste do município, correspondentes às Áreas Programáticas (AP) 3 e 5.

No último censo do IBGE realizado em 2010, a estimativa de habitantes no território do Jacarezinho era de 37.739. A densidade demográfica do Jacarezinho, ainda de acordo com o IBGE (2010), considerando uma área total de 0,9 Km², é de 42.043 habitantes por Km². Segue abaixo gráfico comparativo entre as densidades demográficas do município e do bairro:

Gráfico 1- Densidade demográfica do Jacarezinho em comparação com a do município do Rio de Janeiro.



Fonte: Censo IBGE (2010)

³ Aglomerados.

⁴ Aglomerados subnormais.

Cabe ressaltar que em relação ao sexo, a grande maioria dessa população é do sexo feminino e a faixa etária predominante é de 30 a 64 anos.

~~4.1.4 Redes Formais e Informais~~ A maior parte dos 8.901 domicílios existentes é de origem própria, construídas pelos próprios habitantes. Entretanto, também pode-se observar moradias alugadas, cedidas ou até mesmo obtidas por outras formas de ocupação. (IBGE, 2010).

Em sua grande maioria, as habitações são de alvenaria e em formatos de casa, porém, em algumas áreas, como a da equipe Viúva Claudio, podem ser observadas construções de Conjuntos Habitacionais, denominadas de “COHAB”.

Ainda em 2010, o IBGE identificou que a grande maioria das casas possui abastecimento de água e esgotamento sanitário adequado. A coleta de lixo é considerada adequada, porém, basta caminhar alguns momentos pela comunidade e observar a ausência do Estado nos espaços, com o acúmulo de lixo, favorecendo o desenvolvimento de roedores e outros vetores, contribuindo para proliferação de diversas doenças.

Contudo, na área que beira a linha do trem, algumas construções são feitas de madeira e não possuem minimamente condições de saneamento básico ou fornecimento de água ou luz. Algumas das famílias que ali residem são assistidas por uma das equipes da CFADS e em alguns locais o Consultório na Rua atua com ações de promoção e prevenção nas cenas de uso.

A energia elétrica de grande parte dos domicílios é feita por meio da companhia distribuidora do município, mas, é comum em alguns locais observar aglomerados de fios que de tão pesados estão próximo ao chão, trazendo risco direto de acidentes e incêndios.

O Mapa de Risco é uma representação gráfica de fatores presentes nos locais de trabalho, que podem gerar prejuízos à saúde dos trabalhadores, como acidentes e doenças de trabalho. Os fatores desencadeantes destes relacionam-se a ferramentas utilizadas no processo de trabalho, como materiais, equipamentos, instalações, suprimentos e espaços físicos e à forma de organização como arranjo físico, ritmo, método, ergonomia, jornada de trabalho, entre outros.

Para facilitar a visualização do mapa, os riscos⁵ podem ser classificados em:

- Físicos

Exposição ocupacional a ruído, vibração, pressões anormais, frio, calor, radiação ionizante e não ionizante, infra e ultrassom, umidade, luminosidade e umidade.

⁵ Segundo aula ministrada pelo professor Frederico Perez da Costa, na Unidade de Aprendizagem II da Residência Multiprofissional em Saúde da Família- ENSP/Fiocruz.

- Químicos

Risco às substâncias, compostos ou produtos que podem ser absorvidos através da pele, por ingestão via oral e por via respiratória (poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases e vapores).

- Biológicos

Exposição ocupacional a agentes biológicos como bactérias, vírus, fungos e demais microrganismos; à manipulação de objetos; uso de material perfuro- cortante; contato com pessoas com doenças transmissíveis; contato com secreções e fluidos corpóreos; realização de procedimentos.

- Ergonômicos

Relacionados a processos de trabalho inadequadas como esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de posturas inadequadas, repetitividade, controle rígido, trabalho em turno diurno e noturno, jornada de trabalho prolongada, prejudicando a adaptação gerando sobrecarga na estrutura musculoesquelética (ODA; ÁVILA, 1998).

- Acidentes

Relacionados aos fatores ou situações potencialmente causadoras de acidentes, como arranjo físico inadequado, máquinas e equipamentos sem proteção, ferramentas inadequadas, eletricidade, probabilidade de incêndio ou explosão, armazenamento inadequado, animais peçonhentos, falta de sinalização.

- Psicossocial

Exposição à relações e organização do trabalho que prejudicam a saúde psíquica do profissional produzindo sobrecarga intensa, como pressão da chefia, acúmulo de tarefas, tarefas perigosas ou monótonas, possibilidade de perda de emprego, quota de produção pré-estabelecida, grau de atenção exigido, proibição de comunicação entre os trabalhadores durante a jornada (RIBEIRO, 2011). Estas condições podem provocar também violência externa, Violência interna, Violência provocada pelo usuário, insegurança, estresse, desatenção, pressa, pressão do paciente, dificuldade de relacionamento com a equipe e a ansiedade geradas pelas condições de trabalho.

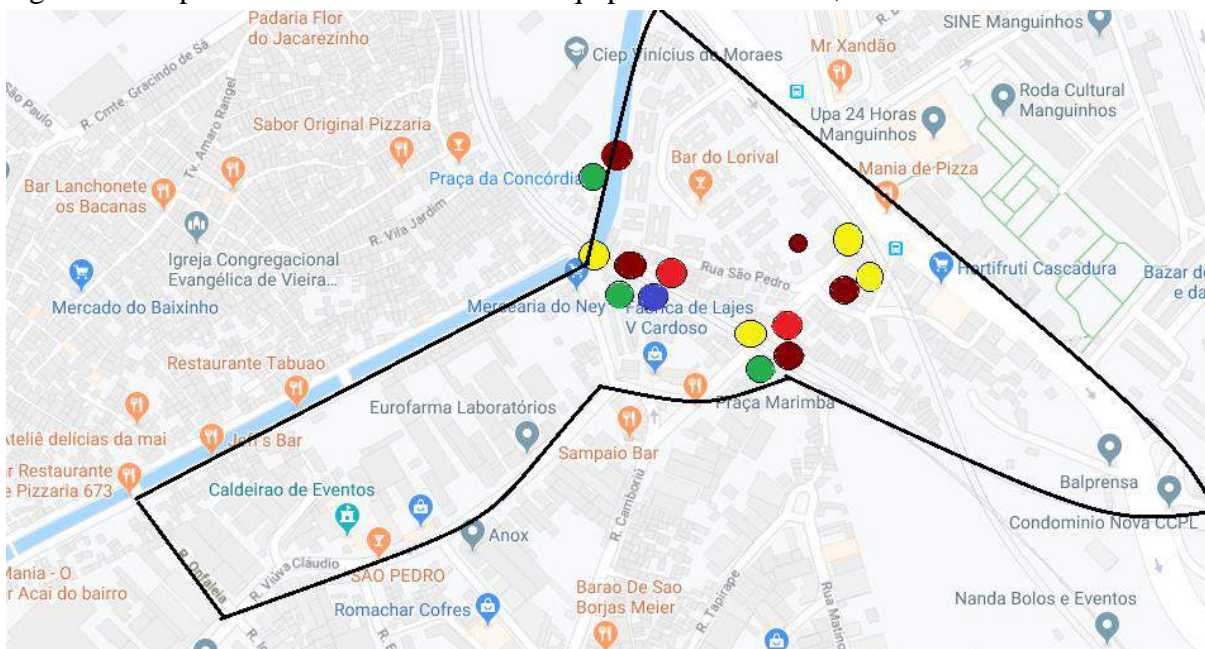
Os tipos de risco são classificados de acordo com o padrão apresentado na figura 2, estando representados no mapa de risco da figura 3.

Figura 2 - Padrão dos Riscos



Fonte: Elaborado pela RMSF R1.

Figura 3 - Mapa de Risco do Território da Equipe Viúva Cláudio, 2019.



Fonte: Elaborado pela RMSF R1 a partir dos dados coletados.

Podemos observar que o risco mais encontrado na construção deste mapa foi o biológico, estando presente nas cinco áreas distintas do território, evidenciando a carência de saneamento básico e coleta de lixo regular nestas regiões. Outro fator levantado pelos entrevistadores foi à alta presença do risco psicossocial, sendo o segundo mais prevalente. Este fato pode ser explicado devido à alta incidência de conflitos armados nessas áreas.

4.2 Aspectos sociais e econômicos

4.2.1 Trabalho, renda e educação

Podemos analisar esse cenário demográfico tendo como base as características sociais e econômicas dessas regiões. Sendo locais próximos dos centros de negócios e empregos, essas áreas também apresentam ou possuem um histórico, muitas indústrias e

comércios locais, dispositivos que acabam captando mão de obra trabalhadora sendo, portanto, polos de geração de renda.

O Atlas do Desenvolvimento Humano (2010) fornece alguns dados demográficos sobre o território do Jacarezinho, que nos permitem realizar uma leitura socioeconômica do ambiente. A renda per capita do município do Rio de Janeiro, gira em torno de 1.492,63 reais, enquanto esse mesmo indicador na região do Jacarezinho é muito diferente, 438,22 reais, o que nitidamente demarca uma disparidade imensa no acesso a bens de consumo e a estabilidade financeira das famílias desta região.

A renda domiciliar per capita média do quinto mais pobre desta região é de 128 reais mensais, enquanto a renda domiciliar per capita média do quinto mais rico situa-se em 951,17 reais. Considerando o salário mínimo vigente à época (R\$ 510,00) segundo a tabela de valores do Guia Trabalhista, pode-se concluir que a população local mais pobre vivia com aproximadamente 25% do salário mínimo vigente, enquanto os que gozavam de melhores condições dispunham de cerca de 2 salários mínimos para o seu sustento. A título de comparação com um bairro da sul do Rio de Janeiro, o Leblon, a renda domiciliar per capita média do quinto mais pobre é de 1.269,60, já superando em 33% a média do melhor quintil do Jacarezinho, enquanto a renda domiciliar per capita média do quinto mais rico daquele bairro chega a 14.858,30, representando mais de 29 salários mínimos da época, e denota o caráter iníquo da sociedade carioca.

Ainda em relação a renda, a pesquisa levantada em agosto de 2010 indica que 2,52% do total de pessoas desta região se encontram na faixa econômica de extremamente pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita de até 70,00 reais mensais. A porcentagem de indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou superior a 255,00 reais mensais, equivalente a meio salário mínimo em agosto de 2010, é de 35,05%.

O conceito de equidade parte da comparação entre estratos sociais extremos em termos de apropriação de renda (RIZZOTO, BORTOLLO, 2011). O texto de Fernando Fajnzylber, denominado Industrialização na América Latina, mostra que:

cálculos feitos, pelo Banco Mundial, para os países centrais considerados equitativos, revelaram que os 40% da população de renda mais baixa detinham uma receita equivalente a 80% da obtida pelos 10% de renda mais alta. A observação empírica da falta de equidade é dada pelas desigualdades existentes em cada sociedade. (FAJNZYLBER, 2000, apud. RIZZOTO, BORTOLLO, 2011, pg.799)

Um indicador que analisa a média do grau de desigualdade existente entre os indivíduos, segundo a renda domiciliar per capita, pode ser medido através da razão entre os 10% mais ricos daquela região e os 40% mais pobres. No município do Rio de Janeiro, esta

porcentagem é de 25,82 enquanto na região do Jacarezinho é de 6,39 (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2010).

O Índice de Gini (2010)⁶ também se coloca como outro indicador que mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita, o qual aponta que seu valor é 0 quando não há desigualdade, ou seja, a renda domiciliar per capita de todos os indivíduos têm o mesmo valor, tendendo a 1 a medida que a desigualdade aumenta. Novamente, enquanto este índice no município do Rio de Janeiro é 0,62, no território do Jacarezinho é 0,37.

Este é um dado interessante a ser analisado qualitativamente, pois indica que, apesar da faixa de renda per capita da população residente nesta região ser baixa, não existe grande disparidade financeira entre os residentes deste local. Isto não quer dizer que não existam diferenças econômicas entre as famílias, mas que se estabelece certa homogeneidade no perfil socioeconômico da população, refletida nas estruturas das casas, no acesso a saneamento básico, à drenagem e coleta de lixo regular, entre outros fatores que compõem a moradia no território e que serão analisados posteriormente.

É importante ressaltar que 78,17% das pessoas residentes desta área possuem sua renda total proveniente de rendimentos do trabalho, tendo em vista que o rendimento médio da população que está empregada e possui 18 anos ou mais gira em torno de 753,74 reais mensais. (Atlas do Desenvolvimento Humano, 2010).

A taxa da população entre 18 anos ou mais economicamente ativa é de 65,26%, sendo que 12,11% destas pessoas encontravam-se desocupadas durante o levantamento do censo de 2010. Dentre esse primeiro grupo de pessoas, a porcentagem de empregados formalmente é de 60,16%. A taxa de trabalhadores informais desta faixa etária é de 15,96%, enquanto a taxa de empregadores, desta faixa etária, é de 0,8%. Tais números novamente refletem um perfil socioeconômico que já havia sido observado no início da análise quanto a renda das pessoas residentes neste local, pois afirmam que a maior parte da população empregada não possui o próprio negócio ou não se encontram no setor público (apenas 1%). Isto significa que grande parte deve submeter-se a empregos que não garantem direitos trabalhistas por não estarem resguardados por carteira assinada, sem citar aqueles que precisam submeter-se a acordos firmados entre o empregador e os funcionários mesmo que ainda resguardados por algumas garantias. Vale ressaltar que atualmente estima-se que estas

⁶ Disponível no Atlas de Desenvolvimento Humano (2010).

disparidades aumentam, tendo em vista a flexibilização das leis trabalhistas, o aumento do desemprego e do trabalho informal.

Em relação à escolaridade, a porcentagem de pessoas economicamente ativas que ocupam um cargo trabalhista e possuem ensino fundamental completo é 60,95%, enquanto 33,94% e apenas 1,74% possuem ensino médio e superior respectivamente.

Constata-se que a taxa de analfabetismo entre jovens de 11 e 14 anos é de 2.19% do total de pessoas, enquanto a taxa de analfabetismo entre 15 e 17 anos é de 0.72%. Já entre a faixa etária de 18 a 24 anos, esse índice enquadra-se em 1.32%, e entre 25 e 29 anos constata-se 1.43%, o que é interessante de observar pois não necessariamente quanto maior a faixa etária mais inserida no sistema de ensino.

O número de pessoas de 18 anos ou mais de idade que já concluíram o ensino fundamental, nas modalidades regular seriado, regular não seriado, EJA ou supletivo, é de 60.95%. Já a porcentagem de pessoas com 18 anos ou mais com fundamental completo é de 57,04% do total e de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 26.46%. Entre 18 a 24 anos com ensino fundamental fica na faixa de 69,11%, enquanto essa mesma faixa etária possui 33.43% com ensino médio completo.

A expectativa de anos de estudo gira em torno de 7.39 anos. A taxa da população com 18 anos ou mais que já concluíram o ensino médio é de 33.94%, enquanto a porcentagem da população desta mesma faixa etária com o ensino superior completo gira em torno de 1,74%. A população de 15 a 17 anos de idade que já concluiu o ensino fundamental é de 41.20% do total.

Ainda segundo o atlas do desenvolvimento humano, a população de 0 a 5 anos que estava frequentando a escola é de 46.09%, de 6 a 14 anos 91.52% (sendo 22.53% a porcentagem de pessoas desta faixa etária frequentando o ensino fundamental completo com dois ou mais anos de atraso).

4.2.2 Cultura, lazer e religião

Incomodados com o desamparo, a negligência do Estado e como forma de organização política e social, alguns moradores do território articularam-se formando uma Associação que se dá enquanto coletivo e que visa desenvolver cultura e lazer para sua comunidade⁷.

⁷ Detalhado posteriormente no tópico de Redes Informais do Território.

O território conta também com um dispositivo informal, o Centro Cultural do Jacarezinho (CCJ), que realiza atividades para crianças e adolescentes, que incluem artes márcias, futebol, reforço escolar.

Hoje, o Jacarezinho conta com alguns elementos de cultura e lazer, dentre estes, destaca-se o Coletivo Cafuné na Lage, um movimento independente de arte-educação atuante no Jacarezinho. Como fruto desta iniciativa, as crianças produzem filmes que acontecem de forma espontânea sobre seu cotidiano, sendo protagonistas destes roteiros.

Outro dispositivo importante presente no território é a agência Jaca Modas, uma agência de modelos que revela talentos da comunidade, criado por um morador local.

E não podemos deixar de falar dessa diferença de tratamentos entre favela e o asfalto, em relação aos seus dispositivos de lazer, como por exemplo, o baile funk. Este vem das favelas cariocas, mas fiscalização do Estado para que ele aconteça neste espaço. Em contraposição, essas festas são comuns pela cidade, em bairros nobres, sem nenhuma intimidação ou proibição. Ou seja, o funk parece que só é visto como “patrimônio cultural” se for para ser tocado fora da favela. Isto se torna claro quando, o próprio morador jovem, negro, pobre, que tem o sonho/talento de ser um cantor de funk, dançarino, DJ ou produtor não pode promover seus bailes dentro da favela, influenciando no desenvolvimento, na construção e desenvolvimento da sua cultura local.

Também observamos como áreas de lazer, o campo de futebol do abóbora onde se tem “peladas” e campeonatos de futebol. A Grêmio Recreativo Escola de Samba (GRES) Unidos do Jacarezinho movimenta shows e eventos ao longo do ano, além de ser também uma referência de local de atuação para alguns eventos da clínica. Mesmo com poucas opções de lazer e cultura, essas alternativas se colocam como pontos importantes de referência no território, sendo também possibilidades de trabalho informal para população local.

Em relação a influência religiosa, o Jacarezinho é marcado desde a escolha do nome da Clínica da Família e de uma creche de referência local, ambas nomeadas com nomes de antigos líderes religiosos: a primeira, Bispo Anthídio Dias da Silveira, e a segunda, Padre Nelson.

A comunidade conta com inúmeras igrejas, sendo a maioria evangélicas, de diferentes vertentes. Não foi possível estimar o quantitativo dessas instituições, mas temos que na região da Viúva Claudio concentram-se 5 igrejas evangélicas. Nenhuma outra religião possui espaço para culto religioso dentro desta região.

Em conversa com moradores, percebemos que anos atrás também existiam centros de Umbanda e Candomblé, mas atualmente não há nenhum. Isso significa que há pouca representação da diversidade religiosa dentro do território, concentrando-se apenas nas religiões evangélicas (grande maioria) e católica, onde está última é contemplada pela Igreja Nossa Senhora Auxiliadora, que possui pequenas “filiais” por todo o bairro.

4.2.3 Meios de transporte e rede de comunicação

Os meios de transporte disponíveis para acessar o Jacarezinho são: ônibus, trem (estação Jacarezinho que se encontra dentro da comunidade), metrô (estação Maria da Graça, a qual, em contraponto, se localiza a dez minutos da entrada do Jacarezinho), mototáxi e veículos particulares.

A centralidade que algumas regiões do bairro possuem, como a Av. Dom Hélder Câmara, a qual é de caráter plano e integra ruas, avenidas e uma estação de trem, facilita a circulação pelo bairro.

É importante sinalizar que os aplicativos de mobilidade urbana, muito utilizados como alternativas aos transportes coletivos, não acessam a clínica por esta situar-se em região de risco. Ao mesmo tempo, percebemos que existe possibilidades de transportes privados alternativos, como *urbe*, *star drive*, entre outros, que viabilizam o mesmo serviço de empresas conhecidas como uber e 99 taxi, em plataformas diferentes e populares.

4.3 IDS comparativo com outros bairros da cidade

O IDS – Índice de Desenvolvimento Social, tem como finalidade medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza. Dentre as variáveis que caracterizam as diversas facetas demográficas e situacionais, estão: Rede de água adequada; rede de esgoto adequada; coleta de lixo adequada; número de banheiros por moradores; responsáveis por domicílio com menos de 4 anos de estudo; responsáveis por domicílio com 15 anos ou mais de estudo; analfabetismo em maiores de 15 anos; responsáveis por domicílio com renda até dois salários mínimos; responsáveis por domicílio com rendimento igual ou superior a 10 salários mínimos; rendimento médio dos responsáveis por domicílio em salários mínimos.

Com base nesses dados, no ano de 2008, o Jacarezinho ocupava a posição 132, segunda aponta o documento do Índice de Desenvolvimento Social – IDS: comparando as realidades micro urbanas da cidade do Rio de Janeiro, conforme observado na tabela 1.

Tabela 1: IDS do Jacarezinho em comparação a outros bairros

Bairro	Posição	Índice Geral
Engenheiro Leal	110	0,549
Del Castilho	111	0,549
Galeão	112	0,548
Guadalupe	113	0,548
Alto da Boa Vista	114	0,547
P. de Guaratiba	115	0,546
Realengo	116	0,545
Magalhães Bastos	117	0,544
Colégio	118	0,543
Padre Miguel	119	0,542
Parque Anchieta	120	0,54
Pavuna	121	0,54
Gamboa	122	0,537
Vidigal	123	0,528
R. de Albuquerque	124	0,525
Bangu	125	0,525
Mangueira	126	0,523
Parque Columbia	127	0,522
Anchieta	128	0,519
Campo Grande	129	0,518
Vigário Geral	130	0,514
S. Vasconcelos	131	0,506
Jacarezinho	132	0,501
Itanhangá	133	0,501
Parada de Lucas	134	0,501

Fonte: Índice de Desenvolvimento Social – IDS (2008)

4.4 Redes formais e informais de apoio social

4.4.1 Redes formais

As redes formais que referenciam o Jacarezinho não, necessariamente, localizam-se na Área Programática 3.2. Isto porque, a divisão territorial da Rede de Atenção em Saúde é diferente da Rede de Assistência Social e Rede de Educação.

Ao longo do processo de imersão no campo, visitamos alguns equipamentos, a fim de conhecer os fluxos de funcionamento de cada serviço, e a comunicação que se estabelece com a Clínica da Família.

Um destes dispositivos foi o CRAS Fernando de Abreu, o qual localiza-se geograficamente na AP 3.1 por situar-se em Manguinhos, embora seja referência para alguns usuários da CFADS. A diretora deste dispositivo nos recebeu, sendo nosso segundo contato com ela pois já havíamos nos comunicados anteriormente em uma primeira reunião realizada com a gerente da unidade para discutir a aproximação deste serviço com a clínica.

Nesta visita, nos apresentamos e conhecemos o fluxo de funcionamento do serviço. No CRAS, realiza-se o Programa de Atendimento Integral à Família aos usuários que se encontra em vulnerabilidade e requerem um acompanhamento longitudinal. Além disso, também são promovidos alguns grupos de convivência, divididos de acordo com a faixa etária dos usuários; por último, efetiva-se também o cadastramento único dos usuários para posterior requerimento de benefícios sociais, como o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada. O quadro profissional do CRAS conta com a presença de um entrevistador social, uma psicóloga, uma pedagoga, e as assistentes sociais incluindo a diretora do serviço.

Os outros equipamentos da Assistência Social que compõe a rede de serviços do território, são: o Centro de Referência Especializado de Assistência Social Janete Clair, situado em Engenho de Dentro, a Casa Viva Del Castilho, que proporciona acolhimento institucional para adolescentes de 12 a 18 anos, a Central de Recepção-Taiguara, a Unidade de Reinserção Ziraldo (acolhimento institucional para crianças de quatro a oito anos), a Unidade de Reinserção Frida Khalo (acolhimento institucional para gestantes e seus bebês), e o Conselho Tutelar Inhaúma.

Avaliamos que na construção de um trabalho intersetorial há algumas dificuldades tais como: o distanciamento físico das unidades da assistência social do território de moradia dos usuários, que impossibilita o fácil acesso destes aos equipamentos; o diálogo fragilizado estabelecido entre a clínica e estes serviços, que se faz quase inexistente na maioria dos casos dificultando a construção de intervenções coletivas; ausência de meio de comunicação que socializem as informações sobre a existência destes serviços, acarretando na invisibilidade destes enquanto dispositivos de referência.

Um dos programas que compõem a carteira de serviços da Atenção Primária, é o PSE - Programa de Saúde na Escola⁸. Quando iniciamos o diagnóstico situacional,

⁸ Entendido como “uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras, contribuindo para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino” (Secretaria de Educação do Paraná).

entendemos que seria importante conhecer o trabalho realizado pelos profissionais da clínica na escola pertencente ao território de abrangência da equipe Viúva Cláudio. Uma das escolas que conhecemos foi o CIEP Vinicius de Moraes que se situa ao lado dos Conjuntos Habitacionais. Entretanto, mesmo estando geograficamente próximo à Viúva Cláudio esta escola tem como referência a equipe do Pontilhão, com a qual, portanto articulamos o cuidado.

A Equipe Viúva Cláudio, por sua vez é a referência de PSE para o Colégio Estadual Horácio Macedo, que não se localiza especificamente no território assistido pela clínica. Assim sendo, há um planejamento para no próximo semestre iniciarmos um trabalho conjunto, entre as residentes e equipe mínima no tange a condução do PSE.

Cabe ressaltar que no território do Jacarezinho há outras escolas acompanhadas pela CFADS, destacando-se a Creche Padre Nelson Del Mônaco, que se localiza exatamente ao lado da clínica.

Como parte dos equipamentos que compõe a rede de serviços formais da AP 3.2, listamos também a rede de saúde mental presente nesta área de abrangência. O CAPS Torquato Neto é um dispositivo de cuidado que, segundo o site oficial da prefeitura do Rio de Janeiro, coloca-se como CAPS III, ou seja, detêm em sua estrutura física leitos para acolhida integral de usuários que apresentam demandas de alta complexidade que necessitam estabilização do quadro. Entretanto, por meio da vivência prática do trabalho de articulação de rede na clínica, constatamos que este serviço ainda não se coloca como CAPS III, ou seja, disponível para acolhida integral, e, portanto, ainda precisamos referenciar os usuários para emergências psiquiátricas e clínicas em hospitais gerais para estabilização. O imbróglio deste fluxo é que, muitas vezes estes usuários recebem alta hospitalar por demandas clínicas cessadas, apesar de não terem condições psicológicas de retornar para casa. Outras duas equipes de saúde mental que compõe a rede é o CAPS AD Raul Seixas e o CAPS Clarice Lispector.

Já o CAPS'I de referência é o CAPS Maria Clara Machado, o qual se localiza no Méier. Conhecemos uma representante deste serviço, mas ainda não conseguimos articular uma conversa e uma visita para entende o fluxo de encaminhamento de crianças com demandas de alta complexidade que chegam à clínica.

Quanto aos equipamentos de média e alta complexidade, disponibiliza-se também na avenida Dom Helder Câmara a UPA Manguinhos, que como o nome indica, apesar da proximidade com a CFADS pertence ao território da AP 3.1, porém é referência para os

usuários da clínica. Os equipamentos de alta complexidade são: Hospital Municipal Salgado Filho, localizado no Meier, e a Policlínica Rodolpho Rouco, localizada em Del Castilho.

4.4.2 Redes informais:

- Centro Cultural;

O Centro Cultural do Jacarezinho (CCJ) foi inaugurado há 23 anos e atende cerca de 200 crianças e adolescentes, atualmente. Segundo o presidente, que trabalha no Centro há 6 anos, ocupa o atual cargo há 1 ano e meio, o CCJ funciona de 2ª a 6ª feira de 9h às 17h e sábado de 10h às 16h e oferta atividades gratuitas como: futebol de salão, jiu-jitsu, muay thai, capoeira e ginástica para idosos além de reforço escolar oferecido por 2 professores contratados. Para se matricular, é necessária declaração escolar, se tratando de crianças e adolescentes.

Há, ainda, a presença do CRAS às quartas-feiras quinzenalmente, que viabiliza a isenção da emissão de alguns documentos e atua na assistência social.

Além das atividades acima descritas, o CCJ articula com algumas empresas próximas que oferecem cargos de Jovem Aprendiz, como a fábrica Chinezinho, que também costuma oferecer doações. Além de funcionar como depósito de correspondências de moradores, já que a empresa responsável, Correios, não circula por diversas ruas da comunidade devido a violência do território.

O CCJ possui financiamento próprio com recebimento de aluguel pela locação do salão de festas e do estacionamento que possui, além de contar com apoio de empresas próximas como a Chinezinho, a Farmoquímica e SunChemical.

As atividades oferecidas e eventos pontuais podem ser encontradas na página do CCJ na rede social Facebook, sendo esta a principal ferramenta de comunicação e divulgação das atividades realizadas neste espaço.

Pode-se perceber, a partir das falas do presidente, uma grande precariedade na condição de vida dos moradores deste território. Além da violência, constante nas falas do entrevistado, como “a comunidade não se sente nada protegida”, é possível notar o reflexo do descaso do poder público, com expressiva vulnerabilidade nos campos da educação e saúde.

- Associação de Moradores

Esta conta com profissionais disponíveis para orientação acerca da convecção de currículos e regularização de documentos, incluindo isenções. Cabe ainda acrescentar que há emissão de comprovante de residência e registro de imóveis.

Além disso, propicia uma aproximação de empresas, como CEDAE e Light, com os moradores. Dessa forma, a partir da solicitação de algum serviço de uma dessas empresas por um morador, um representante da Associação acompanha o técnico dentro do Jacarezinho, tendo em vista que este local é considerado “área de risco”.

O reforço escolar é outra atividade disponível neste espaço, que conta com dois professores contratados, e turmas, majoritariamente, infantis. Possui também parceria com duas universidades privadas, gerando algumas bolsas de estudo para jovens que desejam ingressar no ensino superior ou técnico.

Por fim, o tratamento de fisioterapia, com uma profissional habilitada, é fornecido aos moradores, por um valor simbólico.

- Região Administrativa

O responsável pela Região Administrativa é o Elias de Lima Júnior, conhecido como Júnior. Este nos informou que a RA é uma representação da prefeitura junto aos órgãos públicos, na região do Jacarezinho, sendo exclusiva deste bairro.

Anteriormente, este dispositivo tinha sede dentro do território, mas devido ao acesso e violência, alterou o endereço para Av. Dom. Helder Câmara, ao lado da CFADS, no espaço anexo ao local onde acontecem as aulas da Academia Carioca.

Cabe ainda destaque para os processos que envolvem articulação com as Políticas de Saúde, Educação e Assistência, tendo os profissionais da RA como mediadores.

Outra função deste equipamento é autorizar a realização de qualquer evento de entretenimento que aconteça no Jacarezinho. Sendo assim, os interessados devem procurar a RA, que se responsabiliza pelos processos burocráticos frente à Prefeitura.

5 Conhecendo a Clínica da Família

A Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira (CFADS) foi inaugurada em 29 de junho de 2011, é um equipamento de saúde gerenciado pela Organização Social SPDM.

Seu nome é uma homenagem ao Bispo Anthídio Dias da Silveira, nascido de 14 de julho de 1918 no Bairro de Madureira, formado em Teologia e Assistência Social realizou diversos trabalhos assistenciais na comunidade, que são lembrados até hoje.

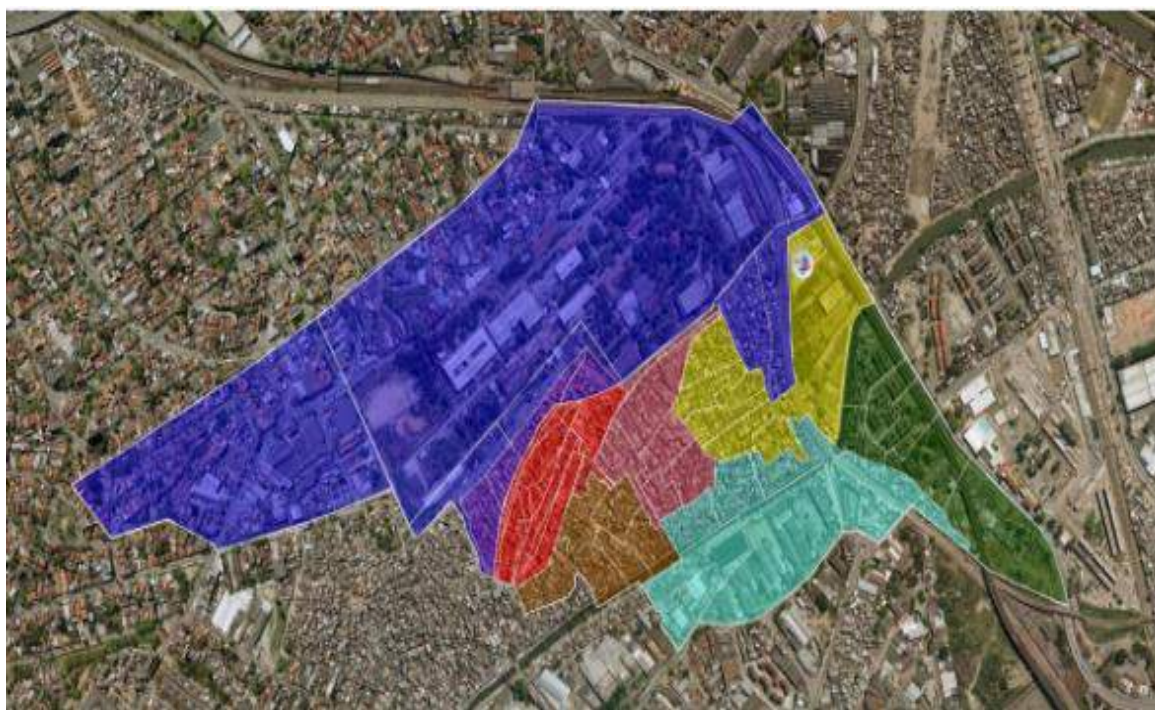
5.1 Área de abrangência

As 8 Equipes de Saúde da CFADS são responsáveis pela cobertura de quase todo território do Jacarezinho, dividindo algumas ruas com o CMS Renato Rocco e também assistindo algumas ruas de Maria da Graça.

A Clínica é espaço de formação para estudantes de graduação e pós-graduação, pois acredita-se e afirma-se que o território e a dinâmica da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira são extremamente ricos e precisa-se formar profissionais que consigam trabalhar na adversidade de situações, pois o que se vive no Jacarezinho, pode ser semelhante em diversas outras comunidades no município do Rio de Janeiro (Relatório de Gestão CFADS, 2018).

O mapa abaixo representa a área de abrangência da Clínica, com as divisões territoriais por cada equipe representadas por cores diferentes, descritas abaixo:

Figura 4 - Mapa da área de abrangência Clínica Anthídio Dias da Silveira .



Fonte: Relatório de Gestão da Clínica Anthídio Dias da Silveira (2019)

Legenda: Azul - Miguel Ângelo

Amarelo - Concórdia

Verde escuro - Viúva Claudio

Verde esmeralda - Pontilhão

Vermelho - Fazendinha

Rosa - XV de Agosto

Marrom - Darci Vargas

A divisão do território é organizada por microáreas, as quais são de responsabilidade de determinado agente comunitário de saúde, na tabela abaixo podem ser observadas as ruas atendidas, bem como sua equipe de referência:

Quadro 1: Área de abrangência de cada equipe.

Equipe / Micro Área	Rua	CEP
Miguel Angelo 1	Rua Joaquim Silva 01 ao 67 (ímpar) 2 ao 38 (par)	20973-080
	Rua São Luiz	20973-260
	Rua Comandante Gracindo de Sá	20972-000
Miguel Angelo 2	Rua Joaquim Silva 40 ao 50 (par) 69 ao 83 (ímpar)	20973-080
	Rua Espírito Santo	20973-110
	Travessa Espírito Santo	20973-120
	Beco São José	20973-250
	Rua do Rosário	20973-190
	Beco do Rosário	20973-200
Miguel Angelo 3	Rua São Paulo	20970-035
	Rua São João	20970-033
	Rua São Pedro	20970-037
	Rua Jerusalém 01 ao 73	20970-300
	Travessa Jerusalém 1 ao 15	20970-300
Miguel Angelo 4	Rua Jerusalém – Beco 75	20970-300
	Rua Jerusalém – Beco 79	20970-300
	Travessa Macedônia	20970-310
	Rua Getúlio Vargas	20970-240
	Vila Getúlio Vargas	20970-242
	Travessa Getúlio Vargas	20970-250
Miguel Angelo 5	Rua Miguel Angelo 01 ao 384	20785-223
	Travessa Mendes da Silva	20785-230
	Rua Feliciano de Aguiar	20785-420
	Rua Joaquim Melo	20785-440
	Rua Ferreira Câmara	20785-470
	Rua Sabino dos Reis	20785-500
	Rua Francisco Neiva	20785-490
Darci Vargas 1	Travessa Goiás 8 ao 17	20970-214
	Rua Goiás	20970-212
	Rua Nossa Senhora da Conceição 15 ao 40	20970-430
	Travessa Nossa Senhora da Conceição 17	20970-430
	Rua São Bento do 19b ao 50	20970-320
Darci Vargas 2	Rua Nossa Senhora da Conceição 1 ao 14	20970-430

	Ruas Senhor do Bonfim	20970-380
	Rua São Bento 1 ao 19 ^a	20970-320
	Travessa Senhor do Bonfim	20972-250
	Rua Esperança 18 ao 36	20970-150
Darci Vargas 3	Travessa São Miguel 1 ao 11	20970-340
	Rua São Miguel 1 ao 14	20970-342
	Ladeira São Miguel 1 ao 23	20970-350
	Travessa Santo Antonio 1 ao 23	20970-344
	Rua Dom Jaime Câmara 80 ao 118	20970-210
Darci Vargas 4	Travessa Darci Vargas 1 ao 4	20972-070
	Rua Darci Vargas 1 ao 104	20972-010
Darci Vargas 5	Beco Goiás	20970-212
	Rua Dom Jaime 1 ao 79	20970-210
XV de Agosto 1	Rua Marcílio Dias 27 ao 40	20973-150
	Travessa Marcílio Dias 1 ao 14	20973-152
	Beco do Areal 1 ao 29	20973-104
	Rua do Areal 1 ao 46	20973-100
	Rua do Rio 102 ao 120 e 124 (Rua Marcílio dias até o beco São Geraldo)	20972-450
XV de Agosto 2	Rua Vitória 1 ao 23	20972-300
	Travessa Vitória 5, 6, 15 e 16	
	Rua São Manoel 1 ao 30	20972-282
	Travessa São Manoel 1 ao 33	20972-270
	Rua Araxá 1 ao 14	20972-050
	Rua Zélia 2 ao 16	20972-310
XV de Agosto 3	Travessa Dom Bosco 1 ao 22	20972-080
	Travessa João Alberto 1 ao 23	20972-140
	Rua João Alberto 1 ao 7	20972-130
	Rua Zélia 17 ao 50	20972-320
	Travessa Zélia 3 ao 46	20972-320
	Travessa Areal 1 ao 4	20973-102
	Beco São Geraldo 1,4,5,7,9,100 e 158	20972-442
	Rua do Rio 132 ao 138 (Do beco São Geraldo até a travessa João Alberto)	20972-450
XV de Agosto 4	Rua Santa Terezinha 1 ao 10	20972-230
	Rua Monsenhor Távora 1 ao 57	20972-190
	Rua João Alberto 8 ao 21	20972-130
	Rua do Rio 122 ao 188 (Travessa João Alberto até a ponte)	20972-450
XV de Agosto 5	Rua Esperança 1 ao 12 (Sacolão do Nonato)	20970-150

	Vila Esperança 4 ao 39	20970-165
	Travessa do Cruzeiro 1 ao 19	20970-500
	Travessa das Flores 1 ao 6	20972-100
	Beco João Alberto 1 ao 12	20972-132
	Rua João Alberto 23 ao 29	20972-130
	Rua XV de Agosto 13 ao 56	20972-420
Fazendinha 1	Rua Marcilio Dias 1 ao 26	20973-150
	Travessa São José 1 ao 17	20972-260
	Rua Santos Drumont 1 ao 20	20972-240
	Travessa da Felicidade 1 ao 25	20973-130
	Rua Amaro Rangel 72 ao 107	20970-006
	Rua Guarani 18 ao 33	20972-120
Fazendinha 2	Travessa Amaro Rangel 2 ao 27	20972-116
	Rua Amaro Rangel 21 ao 49	20970-006
	Rua Almirante Genésio 2 ao 25	20970-005
	Rua Santa Luzia 24 ao 39	20973-240
	Rua Santa Laura 01 ao 24	20973-225
Fazendinha 3	Travessa dos Fuzileiros 1 ao 10	20972-110
	Rua Santa Luzia 1 ao 22	20973-240
	Rua Santa Laura 26 ao 47	20973-225
	Rua Vila Jardim 49 ao 91	20973-310
	Travessa Santa Laura 01 ao 28	20973-220
	Rua Amaro Rangel 51 ao 69	20970-006
	Rua Vieira Fazenda 60 ao 67	20973-290
Fazendinha 4	Rua São José 04 ao 48	20972-250
	Travessa Darci 6 ao 17	20972-240
	Rua Oliveira 01 ao 16	20972-200
	Travessa Perauba 1 ao 10	20972-220
	Rua Perauba 1 ao 26	20972-210
	Rua da Felicidade 1 ao 14	20972-090
Fazendinha 5	Rua Tamoio 1 ao 33	20972-290
	Rua Vieira Fazenda 66 ao 90	20973-290
	Rua Guarani 1 ao 15	20972-120
	Travessa Vieira Fazenda 1 ao 20	20973-300
	Travessa Leão XIII 01 ao 20	20973-140
	Rua Amaro Rangel 70 a 72	20970-006
Concórdia 1	Rua Sargento Davi	20973-270
	Beco Sargento Davi	20973-280
	Rua Vieira Fazenda 02 ao 58 (lado direito)	20973-290
	Rua Lafayette Souto 2 ao 50 (lado direito)	20972-150
Concórdia 2	Rua Vieira Fazenda 1 ao 59 (lado esquerdo)	20973-290

	Rua João Pinto 40 ao 60	20973-070
Concórdia 3	Rua Vila Jardim – Beco do Lixo até 49	20973-310
Concórdia 4	Beco Vila Jardim 02 e 18	20973-310
	Praça da Concórdia	20973-090
	Rua João Pinto 1 ao 40	20973-070
	Beco João Pinto	20973-070
	Rua Nossa Senhora das Graças 1 ao 80	20973-180
Concórdia 5	Rua dos Milagres	20972-160
	Beco dos Milagres	20972-530
	Rua dos Mineiros	20972-180
	Rua Amaro Rangel - Beco 7	20972-118
	Rua Lafayette Souto 3 ao 35	20972-150
Pontilhão 1	Avenida Guanabara 47 ao 147	20970-560
Pontilhão 2	Travessa Viúva Claudio 31 ao 68	20970-034
	Vila São João	20972-452
	Rua Engenheiro Gil Mota	20973-020
	Avenida Guanabara 1 ao 41	20970-560
Pontilhão 3	Rua Marques de Herval – Beco 5 – 1 ao 35	20973-160
	Rua do Rio 1 ao 32	20972-450
	Rua Nossa Senhora das Graças 90 ao 144	20973-180
Pontilhão 4	Rua Marques de Herval 1 ao 33	20973-160
	Rua do Rio 34 ao 202	20972-450
	Rua Marques de Herval – Beco 3 – 01 ao 32	20973-160
	Rua Marques de Herval – Beco 2 – 01 ao 29	20973-160
Pontilhão 5	Rua do Rio (lado de dentro e de fora – do gás até o bar do Flamengo).	20972-450
	Rua Santa Laura 52 ao 60	20913-220
	Travessa Santa Laura 56 ao 59	20973-220
	Travessa Leão XIII 20 ao 32	20973-220
	Travessa Vieira Fazenda (entre travessa Santa Laura e travessa Leão XIII)	21973-300
	Travessa Marques de Herval 1 ao 16	20973-159
Viúva Claudio 1	Avenida Dom Helder Câmara 1103 ao 1385	20973-055
	Rua Viúva Claudio 35	20973-002
Viúva Claudio 2	Avenida Dom Helder Câmara 1501 Bloco 1	20973-011
	Avenida Dom Helder Câmara 1435	20973-011
	Rua Viúva Claudio 1 ao 45 (numeração interna)	20973-002
	Rua São João	20973-002

Viúva Claudio 3	Avenida Dom Helder Câmara 1501, Blocos 12, 13, 14, e 16	20973-011
	Avenida Dom Helder Câmara 1565, Bloco 17	20973-011
	Avenida Dom Helder Câmara 1595, Bloco 18	20973-011
Viúva Claudio 4	Avenida Dom Helder Câmara 1475 – Blocos 6 e 9	20973-011
	Avenida Dom Helder Câmara 1501 – Blocos 2, 3, 5, 8, 11	20973-011
Viúva Claudio 5	Avenida Dom Helder Câmara 1501 – Bloco 4, 7, 10	20973-011
	Rua Viúva Claudio 46 (rua São Pedro) e 48 (beira da linha) ao 270	20973-002
	Travessa Viúva Claudio 1 ao 30 (Vila São Jorge, Vila São José e Vila Maciel)	20972-448

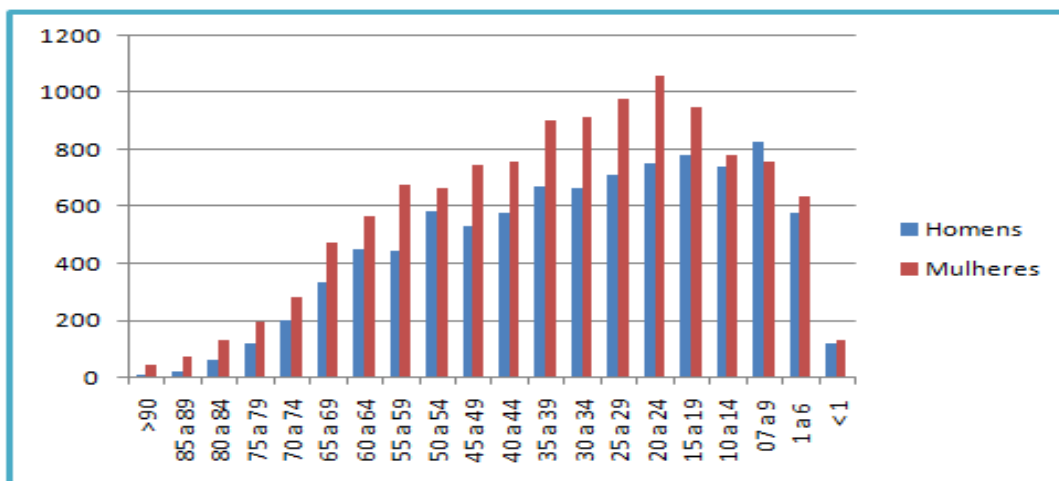
Fonte: Relatório de Gestão da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira (2019)

5.2 População adscrita: total, distribuição por faixa etária e por gênero

De acordo com o Relatório de Gestão (2018), a população adscrita da CFADS é de aproximadamente 21.118 usuários. É importante ressaltar que a população estimada do bairro é de aproximadamente 37.839, como dito no item 1.1.3, ou seja, 55,81% da população está coberta pela CFADS. O restante da população adscrita do território é coberto pelo CMS Renato Rocco.

O gráfico abaixo ilustra a distribuição da população adscrita por faixa etária e gênero, nos mostrando uma maior prevalência de mulheres em quase todas as faixas etárias:

Gráfico 2 – Distribuição da População Adscrita por Faixa Etária e Gênero



Fonte: Elaborado pelas RMSF R1, a partir dos dados extraídos do Vitacare

Cabe destacar e discutir a divergência entre os dados sociodemográficos disponíveis para a elaboração deste diagnóstico. O Relatório de Gestão (2018) informou ter exportado os dados utilizados da plataforma VitaCare, com período referente de janeiro a dezembro de 2018. Neste documento, a população adscrita estimada é de 21.118 usuários. Entretanto, em julho de 2019, ao extrairmos dados do VitaCare considerando o mesmo período, as informações divergiam. Estes dados apontam uma população adscrita estimada em 20.984, com uma diferença de 134 usuários. O gráfico acima foi elaborado utilizando os dados extraídos do VitaCare em julho de 2019, ou seja, o total de 20.984, pois a mesma plataforma disponibiliza a distribuição por faixa etária.

5.3 Estrutura física, número de equipes e quadro de pessoal

A Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira (CFADS) faz parte da Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área Programática 3.2 (CAP 3.2), a qual se localiza na mesma área programática.

Tem como Gestora uma Assistente Social e possui 8 equipes, sendo 7 de Saúde da Família (SF) e 1 Consultório na Rua (CnaR), 3 de Saúde Bucal (SB) e 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Dentre as 7 equipes de SF podemos listar: Darci Vargas, Viúva Cláudio, Miguel Ângelo, Concórdia, XV de agosto, Pontilhão e Fazendinha.

Quadro 2: Composição das equipes CFADS em julho/ 2019

Composição da equipe CFADS em julho de 2019								
Equipe	Médico	Enfermeiro	Téc. de enf.	ACS	Aux. Adm.	AVS	Saúde Bucal	Outros
Darci Vargas	2 (20 h cada)	1	1	5	0	1	2	0
Viúva Cláudio	1	1	1	5	0	1	0	7 residentes Multiprofissionais
Miguel Angelo	1	1	1	5	0	1	0	0
XV de Agosto	1	1	1	5	1	1	3	0
Concórdia	1	1	1	5	1	1	2	
Pontilhão	1	1	1	5	0	2	0	0
Fazendinha	1	1	0 (desde outubro de 2017)	5	1	1	0	0
Consultório na Rua	1	2	1	2	0	0	0	1 Assistente Social, 1 psicóloga, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 motorista
NASF	0	0	0	0	0	0	0	1 Educador físico, 1 Psicólogo, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta
Farmácia	0	0	0	0	0	0	0	1 Farmacêutica 1 téc. de farmácia
Apoio	0	0	0	0	0	0	0	4 Aux. Serviços gerais, 2 Agentes de vigilância, 1 médico ultrassonografista, 1 secretaria da Ultra, 1 técnico de Radiologia, 1 gerente
Total	9	9	7	37	3	8	7	27

Fonte: Adaptado do Relatório de gestão 2019

O vínculo dos profissionais é configurado na CLT e administrado pela Organização Social SPDM, a carga horária de 40 horas semanais, podendo ser cumprida como diarista ou em turno estendido, que proporciona um *day-off* na semana. Apenas os 2 médicos da Equipe Darci Vargas cumprem 20 horas semanais cada. A organização das equipes para o atendimento aos sábados é feita por escala, da mesma forma que está sendo realizada atualmente a escuta inicial.

“A gente pensa que vai ser todo mundo demitido a qualquer momento e eles vão adotar outro modelo de saúde”
Trabalhador da Saúde da CFADS

Atualmente, a sensação de instabilidade do vínculo de trabalho apresenta-se também por outras correlações de força, como a atual administração pública, destacando-se a municipal. Nos últimos 2 anos, a atual gestão tem implementado propostas de redesenho da Atenção Básica, conhecidas pelos trabalhadores da saúde como “desmonte do SUS”, gerando insegurança e instabilidade devido ao risco iminente de demissões.

O grupo de suporte ao Acesso Mais Seguro é composto por um representante de cada categoria profissional e um ACS de cada equipe, que se reúnem diariamente no período da manhã, de 8:00h às 8:15h; eles recebem as informações das equipes em relação às situações e sinais no território que possam auxiliar na definição da classificação de risco e as 8:20h disponibilizam as classificações de cada área nos grupos do WhatsApp da clínica e através de um quadro com cores na Sala dos Agentes. Todas as atividades externas só se iniciam após a divulgação do acesso seguro.

A classificação do Acesso se dá baseada nas cores do semáforo:

1. Risco Verde

Fluxo liberado para funcionamento normal da Unidade.

2. Risco Amarelo

Atenção no território, sem atividade externa.

3. Risco Vermelho

Sem funcionamento da Clínica.

5.4 Nesse sentido, na CFADS, os trabalhadores (ACS) possuem protagonismo na participação dos processos decisórios da unidade ou dentro das reuniões de equipe. Além disso, fortalecem os ambientes grupais, seja referenciando os usuários, organizando a demanda que chega, participando ativamente na mediação e construção.

5.4.1 Serviços disponibilizados:

- Laboratório: Coleta diária, de 07h às 08h, sem agendamento, efetuada por enfermeiros e técnicos de enfermagem;
- Imunização: Funcionamento diário, de 08h às 18h;
- Teste do Pezinho: Funcionamento diário, de 08h às 18h;
- Eletrocardiograma: Funcionamento diário, de 08h às 18h, agendado próximo ao retorno do paciente;
- Farmácia: Funcionamento diário, de 08h às 17h;
- Curativo: Funcionamento diário, de 08h às 18h;
- Inserção de DIU: Funcionamento diário, de 08h às 18h, desde que a usuária atenda os pré-requisitos pontuados previamente em consulta médica;
- Retirada de pontos: Funcionamento diário, de 08h às 18h;

- Nebulização: Funcionamento diário, de 08h às 18h;
- Verificação de Pressão Arterial: Funcionamento diário, de 08h às 18h;
- Verificação de Glicose por Punção Capilar: Funcionamento diário, de 08h às 18h, com indicação profissional;
- Retirada de Gesso: Funcionamento diário, de 08h às 18h, pacientes com indicação por escrito do médico especialista de acompanhamento;
- Remoção de unhas: Funcionamento diário, de 08h às 18h;
- Remoção de Cerume: Funcionamento diário, de 08h às 18h;
- Sutura: Funcionamento diário, de 08h às 18h;
- Drenagem de Abscesso: Funcionamento diário, de 08h às 18h;
- Retiradas de Lipoma: Agendamento prévio;
- Raio X: Funcionamento diário, segunda, terça, quarta e sexta-feira de 08h às 13 h e quinta-feira de 13h às 17 h, com atendimento por livre demanda;
- Ultrassonografia: Atendimento previamente agendado com dia e hora marcados;
- Testes rápidos: HIV, Sífilis, Hepatites B e C, durante todo o período de funcionamento da unidade. Em caso de resultado positivo, início de tratamento imediato;
- Testes Arboviroses: Conforme indicação médica;
- Teste Imunológico de Gravidez: Funcionamento diário, de 08h às 18h;
- Profilaxia HIV: Funcionamento diário, de 08h às 18h;
- Colpocitológico: Funcionamento diário, de 08h às 18h, por demanda espontânea ou por agendamentos;
- RioCard: Cadastramento e atualização de informações, recebimento dos documentos durante todo o período de funcionamento da unidade, é direcionado ao profissional médico da equipe de referência;
- Acompanhamento de uso abusivo de álcool e outras drogas pela política de redução de danos realizado pelos agentes sociais, profissionais que compõem a equipe de Consultório na Rua, durante todo o período de funcionamento da unidade;
- Sala de espera: Atividade desenvolvida com o objetivo de socializar informações em um diálogo horizontal e aberto, no espaço do acolhimento, sobre diversos assuntos, como por exemplo: Luta Antimanicomial, saúde bucal, entre outros;
- Horta Comunitária: Aberta diariamente, com grupos de orientação sobre alimentação saudável, chás e atividades de saúde mental;

- Consultas médicas, de enfermagem e odontológica.
- Abordagem de violência: Durante todo o período de funcionamento da unidade.

5.4.2 Grupos:

- Grupo de Auriculoterapia: Sextas-feiras às 15h;

Terapia natural da Medicina Tradicional Chinesa, direcionado aos usuários encaminhados por consulta médica, coordenado por dentista e residentes: educadora física, dentista e farmacêutica.

- Grupo de Planejamento Familiar: Sextas-feiras, de 13h às 15h;

Orientações quanto ao uso de métodos contraceptivos e pré-requisito para solicitação de cirurgias de esterilização pelo SISREG, coordenado por enfermeira e mediado por residente assistente social;

- Grupo de Tabagismo: Grupos fechados com previsão de quatro encontros, com coordenação rotativa, cujo pré-requisito é um curso de capacitação;

- Grupo Bem Viver: Sextas-feiras às 9h;

Aborda de forma multidisciplinar temas relacionados ao sistema alimentar, saúde e bem-estar, coordenado e mediado por nutricionista do NASF, residentes nutricionistas, farmacêuticas e assistente social.

- Roda de Conversa: Sextas-feiras às 13h;

Direcionada às pessoas que estão em isolamento social e com redes de apoio fragilizadas, coordenado e mediado por psicóloga do NASF e residentes psicólogas e assistente social.

- Grupo de Reabilitação: Terças-feiras de 9h às 11h;

Tem por objetivo a recuperação de lesões articulares e motoras e alívio de dores crônicas, coordenado pela fisioterapeuta do NASF.

- Academia Carioca: Funcionamento diário, incluindo caminhadas e “aulões” nas terças-feiras e sextas-feiras de 7h30h às 9h30h;

Atividades físicas disponíveis à população usuária da clínica, tendo como pré-requisito atestado médico, coordenado e mediado por educador física do NASF e residentes educadoras físicas.

- Grupo de Escovação: Quintas-feiras às 10h e às 14:30h;

Destinado a crianças de até 13 anos e pré-requisito para marcação de consulta destas, que devem participar de 4 encontros, coordenado por TSB.

- Grupo de Gestão Autônoma da Medicação: Quartas-feiras às 15:30h;

Destinado a usuários que fazem uso de alguma medicação com objetivo de socializar informações sobre o manejo deste coordenado e mediado por residentes.

- Grupo de Yoga: Quartas-feiras, de 8h às 9h.

Metodologia alternativa de cuidado integral do sujeito de origem indiana, destinado a usuários e profissionais da clínica, coordenado e mediado por psicóloga residente.

- Grupo de Artesanato: Terças-feiras às 15h.

Auto-gestionado por usuárias da clínica com objetivo de socialização.

5.4.3 Eventos pontuais:

- Festa Junina: evento comemorativo organizado por uma comissão responsável, que promove a interação entre os profissionais da clínica e seus familiares.

- Aniversário da Clínica (29/06): a quantidade de comemorações para essa data corresponde diretamente a quantidade de anos de funcionamento da clínica.

- Ações referentes ao calendário da saúde, como Setembro Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul, Semana da Amamentação e outros.

- Colegiado Gestor

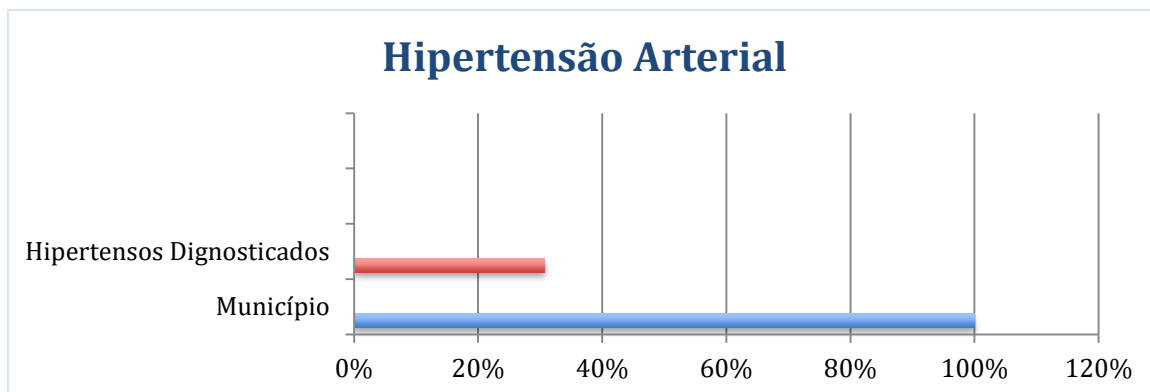
- Saúde do Trabalhador

5.5 Prevalência de HAS, diabetes, tuberculose e sífilis: comparativo da Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira com o município e o estado do RJ

5.5.1 Hipertensão

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial crônica com prevalência de aproximadamente 24,1% na população brasileira, sendo as mulheres as mais acometidas. Dados do Vigitel (2017) apontam que no Município do Rio de Janeiro, 30,7% da população de adultos, da cidade, referiu diagnóstico de HAS.

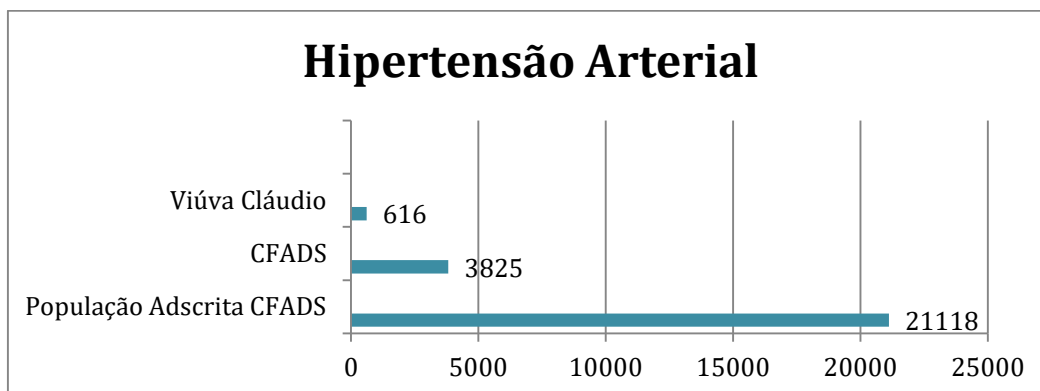
Gráfico 3: Prevalência de Hipertensão Arterial: CFADS e município



Fonte: Elaborado pelas RMSF R1.

A identificação dos fatores de risco associados ao desenvolvimento desta condição crônica pode favorecer a elaboração do cuidado, uma vez que dentre os principais agravos estão: Idade, hereditariedade e sexo (não modificáveis); hábitos alimentares, etilismo, sedentarismo, tabagismo e estresse (modificáveis).

Gráfico 4: Prevalência de Hipertensão Arterial: CFADS, Viúva Claudio e População Adscrita



Fonte: Elaborado pelas RMSF R1.

Segundo os dados consolidados extraídos do VitaCare em julho de 2019, há 3.825 casos de hipertensão na população adscrita, o que representa 18,11% do total dos usuários cadastrados.⁹ Destes, 616 são assistidos pela equipe Viúva Cláudio, sendo esta, a segunda equipe da clínica com a maior incidência desta condição.

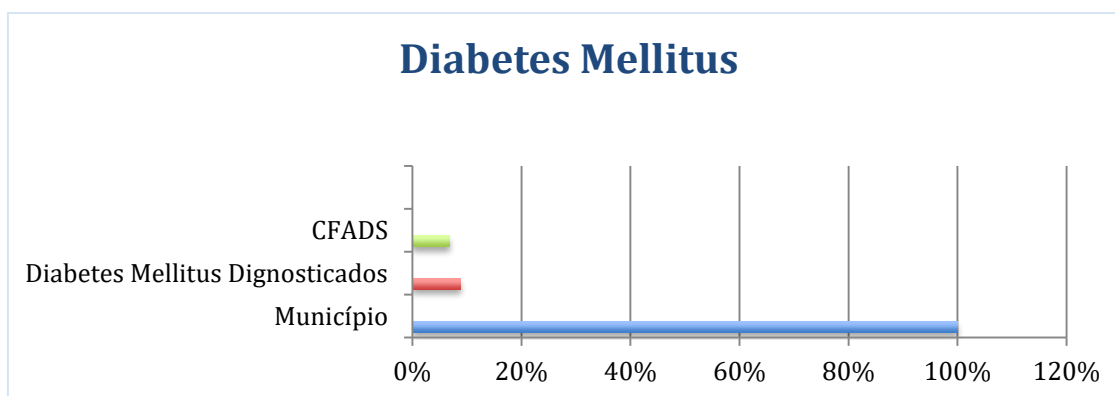
Por meio da análise do perfil epidemiológico da população assistida na clínica, entendemos que parte das condições clínicas apresentadas está de acordo com os fatores de risco mencionados, o que indica, portanto, a probabilidade do desenvolvimento elevado desta

⁹ A partir disso, comparado percentualmente com os dados supracitados em relação ao município, podemos deduzir que há uma possível subcapitação.

doença entre os usuários da unidade. Percebe-se que há uma disparidade considerável entre o percentual de hipertensos diagnosticados no município do Rio de Janeiro e a população adscrita da CFADS. Isto pode sugerir que há uma subnotificação desta condição sistêmica que nos direciona à necessidade de fortalecer seu monitoramento, se considerarmos os fatores de risco para desenvolvimento da HAS e a condição de vida dos usuários.

5.5.2 Diabetes

Gráfico 5: Prevalência de Diabetes: CFADS e município



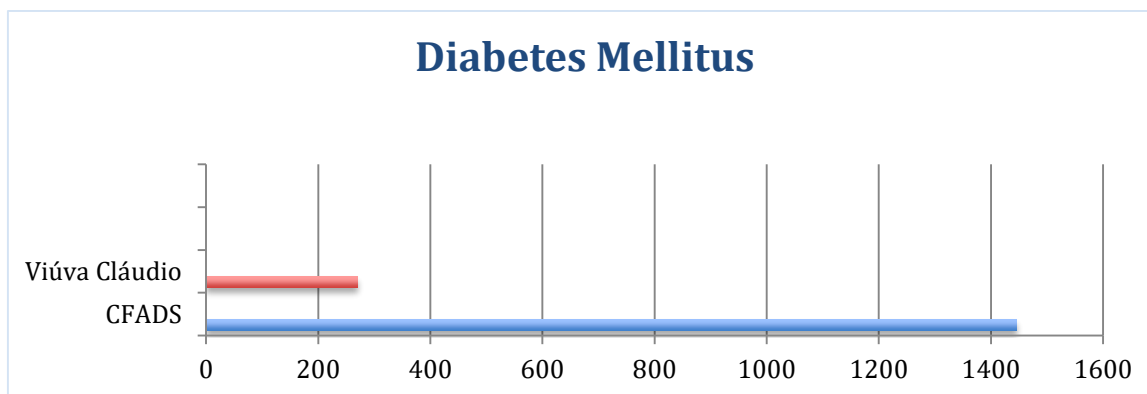
Fonte: Elaborado pelas RMSF R1.

Uma outra condição sistêmica bastante relevante no contexto da saúde pública é o Diabetes Mellitus (DM), que se destaca como uma importante causa de morbimortalidade. Esta doença acomete cerca de 8,9% da população brasileira e 8,8% da população do município do Rio de Janeiro, segundo dados do Vigitel e do site oficial do Governo Brasileiro.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, os fatores de risco associados ao seu desenvolvimento incluem hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, sedentarismo, histórico familiar progressivo, comorbidades relacionadas a diabetes como doenças renais crônicas, entre outros.

Segundo informações extraídas do Vitacare, há 1445 usuários com esse diagnóstico na CFADS, o que representa 6,8% do total de usuários cadastrados, estando de acordo com a prevalência municipal. Deste total, 270 casos estão presentes na equipe Viúva Cláudio, sendo esta a equipe com maior número de casos.

Gráfico 6: Prevalência de Diabetes: CFADS e Viúva Claudio



Fonte: Elaborado pelas RMSF R1.

Entendemos que há uma relação entre o perfil epidemiológico da população e os fatores de risco que desencadeiam o desenvolvimento do DM, confirmando assim a congruência com os dados oficiais do governo.

Ao se pensar na baixa acessibilidade que os usuários possuem à alimentação saudável e de qualidade, com variedade de nutrientes, observa-se que grande parte destes consome produtos alimentares ultraprocessados sem acesso à segurança alimentar, ricos em carboidratos e que resultam no desenvolvimento de comorbidades que podem evoluir ao quadro de DM. Somado a este fato, o acesso que a população tem a realização de atividades físicas diversas é restrito em função da indisponibilidade de espaços e dificuldade de locomoção no território atravessada por violência. Entende-se, portanto, os determinantes sociais como protagonistas na qualidade de vida desta população e seus possíveis agravos.

5.5.3 Tuberculose

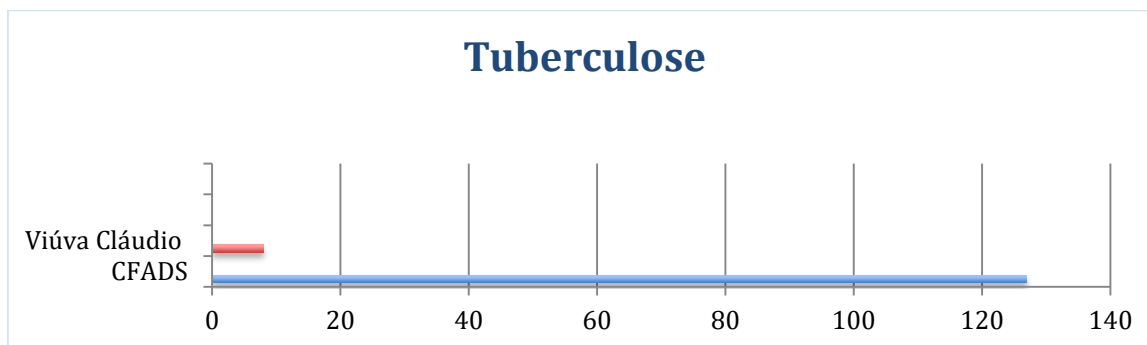
Considerada um dos grandes problemas da Saúde Pública no Brasil, a tuberculose possui forma de transmissão direta por via aérea, tendo cerca de 70 mil novos casos e 4,5 mil óbitos por ano.

Apesar de ser uma condição aguda reversível, por sua alta incidência e prevalência no país, o manejo de tuberculose está descrito na Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) define que a tuberculose deve ser notificada compulsoriamente.

Mesmo com a implementação deste cuidado ao nível de Atenção Primária, o Brasil ainda ocupa o 17º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% de todos os casos da doença no mundo. Segundo Siqueira (2014), a tuberculose é uma doença que possui relação direta

com determinantes sociais de saúde. O bacilo é sensível à luz solar e a circulação de ar possibilita a dispersão de partículas infectantes. Porém, sabe-se que as condições de moradia da população, a infraestrutura sanitária local, a desigualdade de distribuição de renda, a aglomeração populacional e a migração facilitam sua transmissão, pois, entre outros fatores, não propiciam ambientes ventilados e com luz natural direta.

Gráfico 7: Prevalência de Tuberculose: CFADS e Viúva Claudio



Fonte: Elaborado pelas RMSF R1.

O gráfico acima mostra, que dentre os 127 casos em tratamento na CFADS, a equipe Viúva Cláudio é responsável por acompanhar 8 destes, conforme dados da planilha de dispensação de medicação da Farmácia.

5.5.4 Sífilis

A sífilis é uma infecção que ocorre principalmente por meio sexual, vertical e sanguíneo, sua evolução se dá de forma lenta, apresentando períodos sintomáticos e assintomáticos, o que pode postergar no seu diagnóstico.

Essa doença tem um impacto importante na saúde pública mundial, principalmente em gestantes e de forma congênita. Em 2010, a sífilis adquirida foi incluída no SINAN configurando-a um agravo de notificação compulsória.

Em 2017, o Ministério da Saúde reconheceu a sífilis como epidemia em consequência de sua alta prevalência no país. No Rio de Janeiro, foram notificados 13.328 casos em 2017, sendo a capital com uma taxa de 97,5 casos por 100.000 habitantes.

Dados do SINAN apontam que no período de janeiro a julho (parcial) de 2019, houve a notificação de 20 casos de Sífilis em Gestantes; 9 casos de Sífilis Congênita e 44 de Sífilis Adquirida, totalizando 73 casos no território assistido pela CFADS.

5.6 Dados sobre outras doenças, agravos e questões de saúde que sejam relevantes na população da Clínica.

Uma das primeiras atividades que participamos na clínica, foi a coordenação de um grupo com os usuários da equipe Viúva Cláudio, o qual a priori tinha como objetivo discutir questões relacionadas a diabetes e hipertensão. A demanda surgiu da médica de referência da equipe que estamos vinculadas, em função do número de usuários que procuravam a clínica em busca de renovação de receitas e orientações sobre o tratamento. Embora tenhamos tido um pouco de dificuldade na execução deste grupo por uma falta de planejamento prévio, pudemos ter algumas observações bastante relevantes.

Enquanto discutimos os desafios encontrados no tratamento dessas duas condições crônicas, foi levantado por alguns usuários os atravessamentos que encontram neste cuidado. As questões relacionadas a violência, que perpassam o cotidiano deste território, impedem o acesso dos usuários por diversas maneiras à clínica, e por consequência as intervenções profissionais. Estas barreiras se refletem tanto na dificuldade de dar continuidade ao tratamento de forma qualificada, como no surgimento de novas comorbidade. A quantidade de usuários com diagnósticos e demandas de saúde mental desenvolvidos em decorrência destas questões é muito grande, o que influencia claramente o perfil de saúde da população.

Temos observado também outras questões que influenciam no cuidado em saúde e no desenvolvimento de agravos a população da clínica. Em concomitância com o que foi anteriormente levantado, percebemos que a fragilidade da rede de serviços presente no território, tanto em relação a disponibilidade de equipamentos como a articulação existente entre eles dificulta na garantia da longitudinalidade do cuidado e na qualidade da atenção ofertada ao usuário. Essas dificuldades encontram-se não somente na rede sólida de serviços, mas também no círculo de apoio dos usuários. Muitos trazem relatos de isolamentos sociais e ausência do sentimento de pertencimento coletivo no território. Importante ressaltar que grande parte dos usuários que residem na área de abrangência da Viúva Cláudio moram em apartamentos, os quais não possuem acessibilidade viável, pela ausência de elevadores ou rampas entre os andares. Muitos usuários com dificuldade de locomoção não conseguem então acessar a clínica com facilidade.

Por último, também notamos o alto índice de prevalência de usuários acometidos por arboviroses, e entendemos que este agravo tem relação direta com as condições sociais

presentes no território. Algumas ações como a ausência de coleta de lixo regular, e a falta de saneamento básico ou drenagem, viabilizam a proliferação do mosquito.

5.7 Percepções da comunidade acerca do serviço de saúde

Para conhecermos a percepção da comunidade acerca dos serviços de saúde ofertados pela CFADS, realizamos entrevista com usuários. Para isto, seguimos um roteiro semiestruturado, após o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ter sido assinado¹⁰.

Abaixo, transcrevemos alguns trechos significativos:

Tá mais fácil sim, porque agora a gente vem na doutora, e ela passa uns exames. Tudo bem, demora. Mas, só venho na situação que eu me encontro hoje, aí eu venho. Mas esses negócios de exame de rotina, essas coisas assim, de 2 em 2 anos, que às vezes elas falam que tem de fazer, eu não venho. Eu me sinto bem, não tô sentindo nada, venho perturbar pra quê? Eu perturbo mais por causa dos outros (Moradora da Viuva Claudio).

Percebe-se neste relato que a aproximação com a clínica se dá de forma positiva, porém ainda há um imaginário que os serviços de saúde são curativos, não preventivos ou promotores de saúde. A maioria dos usuários que tivemos contato não relata fazer exames regularmente ou outras estratégias de cuidado à saúde dentro da unidade. Ao contrário, demonstram satisfação com o serviço, mesmo que este só seja requisitado a partir de um sintoma ou agravo clínico.

Olha, toda vez que eu chego aqui, já falei com as meninas aí que eu não gosto de ver ninguém falando daqui, da clínica. Porque assim, é.. quando a gente não tinha isso daqui, tinha que acordar às 3h da manhã pra ir para o Marechal Rondon fazer um exame de sangue ou lá no Graffée Guinle. Chegava lá, às vezes, você ficava na fila e quando chegava sua vez, não tinha vaga. Não tinha mais vaga. Aqui, você tem um exame de sangue, de urina, de fezes, tem ultrassom, entendeu? Outro dia eu falei com um ali, que eu digo: vocês reclamam de barriga cheia, ou bom, ou ruim, a gente tem. A gente é bem atendida, né? E, ainda é graças a Deus ter, porque nem todo mundo quer ficar aqui, por causa do tiroteio. Quantos médicos bons já não saiu daqui e foi embora? (Moradora da Viuva Claudio)

Por este depoimento temos que anteriormente a chegada da CFADS o acesso ao cuidado à saúde era demasiadamente dificultado não só pela distância física das unidades de atendimento como pela estruturação dos serviços, que sujeitavam os cidadãos a longas horas de espera e incerteza em relação ao atendimento e continuidade do cuidado. Pode-se prever que nesse contexto muitos moradores não acessavam serviços de saúde, tendo em vista a precarização dos mesmos e a impossibilidade de acesso.

Ainda neste trecho, o fator da violência do Estado contra a comunidade é tratado como uma barreira de acesso na atualidade. A moradora nos conta como o rompimento de vínculos com os profissionais é decorrente, muitas vezes, da grande rotatividade dos mesmos, por conta dos “tiroteios”. Isto nos mostra que a longitudinalidade do cuidado está diretamente relacionada com os determinantes sociais que o território está sujeito.

¹⁰ O Roteiro de Entrevistas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido estão anexados ao final do trabalho.

Eu queria que isso nunca acabasse, porque isso aqui é uma coisa que serve pra todo mundo, você não precisa sair daqui pra ir pra um médico longe. Vai sim, fazer os exames, mas quando vai, já vai mandado daqui (Moradora do Jacarezinho).

A partir desta fala temos que a rede intersetorial é vista de forma positiva, a partir da coordenação do cuidado realizado na atenção primária. Além disso, observa-se a universalidade do acesso como outra característica pontuada pela fala, trazendo qualificação e resolutividade.

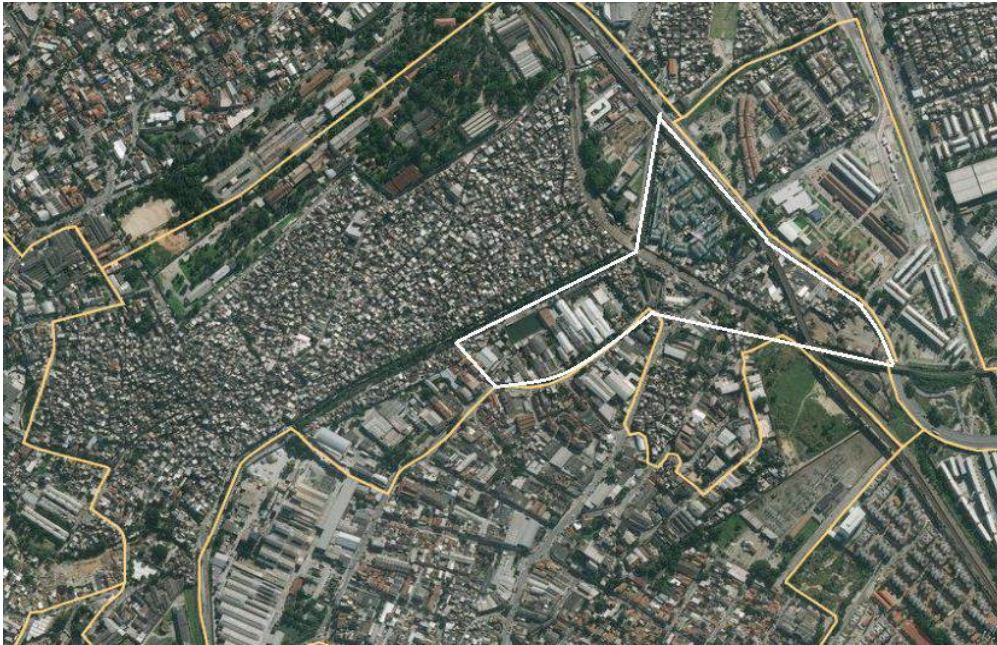
Outro instrumento que usamos para identificar a percepção dos moradores sobre os serviços prestados pela Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira é o Relatório Mensal das Ouvidorias, onde no ano de 2019 (até junho), a CFADS recebeu 101 comunicados. Em junho foram 12, seguindo a ordem decrescente: 3 elogios (sendo 2 as médicas, e 1 à equipe administrativa); 3 insatisfações em relação ao atendimento inadequado (1 pela equipe da unidade, 1 por não conseguir atendimento e 1 por não acessar exames laboratoriais); 2 assuntos diversos; 2 sobre regulação (1 por demora na regulação do SISREG e 1 por orientação SISREG); 1 sobre medicamento e insumos (falta de medicamentos) e 1 sobre agendamento de consulta (solicitação de marcação de consulta).

A rede social Facebook também é um instrumento de verificação da participação dos usuários nas atividades da CFADS e da percepção destes quanto aos serviços prestados. Através das postagens, comentários e avaliações percebemos de forma positiva essa aproximação, cabe destaque ao seguinte comentário em uma publicação do dia 24 de julho de 2019 feito por uma moradora: “Muito legal essas atividades na clínica da família.”

6 Conhecendo a sua área, a equipe de SF e sua população

6.1 Área de abrangência e população cadastrada

Mapa 1: Mapa do Bairro Jacarezinho.



Fonte: Google Maps, adaptado pelas RMSF R1.

Como pode ser constatada na descrição das microáreas realizada abaixo, grande parte do território de abrangência da equipe Viúva Claudio é constituído por apartamentos sociais – COHAB, popularmente chamado pela comunidade de “APÊS”.

Segundo relato de uma moradora antiga da comunidade, em janeiro de 1971, fruto de um processo de higienização em massa da sociedade carioca, grande parte da população de baixa renda que ocupavam regiões da zona sul da cidade foi expulsa destas áreas pela Secretaria Municipal de Habitação. Este contingente populacional então foi transferido para três conjuntos habitacionais distintos, diribuídos na zona oeste da cidade (Cidade de Deus), e na zona norte (Jacarezinho e Cordovil). st

Como resultado deste cenário, algumas famílias foram separadas nesta distribuição. Alguns membros foram alocados para região oeste e outros para região norte, impactando diretamente no rompimento de vínculos entre as famílias e na fragilidade das redes de apoio. Assim sendo, conclui-se que, grande parte da população que ocupa a área de abrangência da

equipe Viúva Claudio foi alocada nesta região pelo Estado forçosamente, fruto de um movimento institucionalizado na ditadura militar.

Na análise que realizamos por meio das visitas domiciliares e do conhecimento do território, percebemos que a estrutura destes conjuntos habitacionais se diferencia um pouco da observada nas outras casas desta região. Embora o ambiente interno de cada apartamento se modifique um pouco de acordo com a renda socioeconômica de cada família, todos apresentam água encanada, rede de saneamento básico e fácil acesso a equipe de manutenção de energia elétrica quando se faz necessário. Além disso, localizam-se perto da avenida principal da comunidade, facilitando a locomoção para outras áreas da cidade.

6.2 Micro áreas e suas principais características

Micro área 01 - População prevalente de jovens, migrantes da região Nordeste. As construções são, principalmente, de alvenaria, com cômodos bem distribuídos, porém, também há habitações com condições precárias de saneamento. Grande parte dos usuários desta micro área relata estar empregada. Pode-se observar a alta rotatividade de cadastros e acredita-se que um dos fatores de influência seja a intensidade de conflitos armados que ocorrem na beira da linha férrea que ali perpassa.

Micro área 02 - População prevalente de jovens, migrantes da região Nordeste. Grande parte dos usuários desta micro área relata estar empregada. Pode-se observar a alta rotatividade de cadastros que possivelmente também estão relacionados aos fatores mencionados acima, principalmente aos conflitos que ocorrem no Buraco do Lacerda. Maior prevalência de Hipertensos e Diabéticos. Aqui, pode-se observar área de venda e consumo de drogas, maior circulação de atores armados e pontos de observação quanto a chegada da polícia.

Micro área 03 – Abrange a área dos conjuntos habitacionais. Observa-se a falta de acessibilidade física nestes locais, com grande quantidade de idosos com alto grau de dependência de cuidados devido a comorbidades e deficientes físicos, além de apresentar a maior quantidade de pessoas acamadas. Não possuem elevador ou rampa que facilitem o acesso dessa população ao serviço de saúde. Não é considerada umas das mais violentas da equipe, mas alguns apartamentos apresentam vista para a área da beira do rio, onde frequentemente se dá o acesso da polícia em incursões.

Micro área 04 – Abrange a área dos conjuntos habitacionais, com ausência de acessibilidade, por não possuírem elevadores ou rampas que facilitem o acesso da população

ao serviço de saúde. Também não é considerada uma das mais violentas da equipe. Possui a maior quantidade de idosos, pacientes em cuidado de Saúde Mental e atualmente, grande quantidade de gestantes.

Micro área 05 - Território considerado mais violento da equipe: pela classificação do Acesso Mais Seguro apresenta-se amarelo continuamente devido a sua proximidade com áreas de maior impacto da violência, como Buraco do Lacerda e linha do trem. É a área com maior concentração do tráfico de drogas e atores armados. Possui a maior quantidade de pessoas com baixo perfil socioeconômico e baixa condição de higiene, que possuem problemas de saúde consequentes do alto índice de violência

6.3 Composição da Equipe

Tabela 2: Composição Equipe Viúva Cláudio.

<u>PROFISSÃO</u>	<u>SEXO</u>	<u>FORMACAO</u>	<u>TEMPO DE ATUACÃO NA UNIDADE</u>	<u>VÍNCULO</u>	<u>JORNADA DE TRABALHO</u>
ACS	F	ENSINO MÉDIO COMPLETO	8 ANOS	CLT/ SPDM	40H
ACS	F	ENSINO MÉDIO COMPLETO	7 ANOS E 11 MESES	CLT/ SPDM	40H
ACS	M	ENSINO MÉDIO COMPLETO	8 ANOS	CLT/ SPDM	40H
ACS	F	ENSINO MÉDIO COMPLETO	4 ANOS	CLT/ SPDM	40H
ACS	F	ENSINO MÉDIO COMPLETO	8 ANOS	CLT/ SPDM	40H
ASB	F	AUXILIAR SAÚDE BUCAL	2 ANOS E 3 MESES	CLT/SPDM	40H
DENTISTA	M	BACHAREL EM ODONTO	4 ANOS E 6 MESES	CLT/ SPDM	40H
ENFERMEIRO	M	BACHAREL EM ENFERMAGEM	4 ANOS	CLT/ SPDM	40H
MÉDICO	F	BACHAREL EM MEDICINA	3 ANOS E 3 MESES	CLT/ SPDM	40H
TÉCNICO ENF.	F	TÉCNICO ENFERMAGEM	6 ANOS	CLT/ SPDM	40H
TSB	F	TECNICO SAUDE BUCAL	2 ANOS E 3 MESES	CLT/ SPDM	40H

Fonte: Relatório de Gestão Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira (2019).

6.4 Mulheres na faixa etária de rastreamento do câncer de mama e colo de útero

Acompanhar o indivíduo em seus diversos ciclos de vida propicia o direcionamento de cuidados e a abordagem ampliada e preventiva, perante as constantes mudanças e alterações corporais vivenciadas. Desta forma, em 2004, o Sistema Único de Saúde (SUS) instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, construída junto a movimentos sociais feministas, ao movimento negro e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. (BRASIL, 2004)

Dentre os principais objetivos desta política, pode-se destacar a garantia de direitos humanos das mulheres e a redução da morbimortalidade por causas passíveis de prevenção e evitáveis. (BRASIL, 2004) No acolhimento e acompanhamento da mulher na Atenção Básica, deve-se ampliar o olhar para compreender a sua realidade, identificar suas necessidades, fragilidades e possíveis violências às quais possa estar submetida. (FIOCRUZ, 2019)

Atividades como planejamento familiar, acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, questões de ordem clínica ginecológica, prevenção às infecções sexualmente transmissíveis e climatério devem ser contemplados em todos os momentos de atendimento. (CONASEMS, 2019) A abordagem da prevenção ao câncer de colo de útero e de mama deve propiciar um momento de educação e fortalecimento da autonomia da mulher, uma vez que remete ao conhecimento e toque do próprio corpo, que para algumas constitui certo estigma.

O câncer de colo de útero é o quarto tipo de câncer mais comum em mulheres e é o tumor que mais apresenta potencial de prevenção e cura quando detectado precocemente. (BRASIL, 2016) O rastreamento da população definida como público alvo desta política se constitui como a principal forma de redução da incidência e mortalidade de mulheres por conta desse tumor. Porém, este processo conta com alguns atravessamentos, com uma baixa cobertura, como a abordagem a mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, em situação de rua, profissionais do sexo. As mulheres lésbicas se apresentam como um dos grupos mais vulneráveis ao desenvolvimento do câncer de colo de útero, já que não muito se acredita na transmissão de HPV pela prática sexual entre duas mulheres. (BRASIL, 2004)

A oferta do exame de rastreamento (preventivo), aborda mulheres a partir dos 25 anos e que já iniciaram vida sexual. Após dois exames anuais com resultado normal, o

período de realização do mesmo passa a ser a cada três anos, seguindo assim até os 64 anos. O aconselhamento quanto à realização da relação sexual protegida deve se fazer em todos os momentos de acolhimento e abordagem a mulher. (BRASIL,2016)

O sistema de informação Vitacare aponta que no ano de 2018, 6.160 mulheres na faixa etária de 25-64 anos eram cadastradas e acompanhadas pelas equipes da CFADS para rastreio de câncer de colo de útero.

Assim como o câncer de colo de útero, o câncer de mama se configura um problema de saúde pública, sendo a quinta causa de morte por câncer em geral e a causa mais frequente de morte em mulheres. (WHO, 2002). Fatores endócrinos, idade e genética estão diretamente ligados ao desenvolvimento deste tumor, porém, o risco de desenvolvimento e mortalidade aumentam com a idade.

Um dos sintomas iniciais e o mais comum é o aparecimento de um nódulo que, na maioria das vezes, se apresenta indolor, duro e irregular. Cabe aqui ressaltar que ações intersetoriais e abordagens multiprofissionais podem ser implantadas como ferramenta para o controle do câncer de mama. (BRASIL, 2013)

A informação de forma clara, de fácil acesso e culturalmente apropriada deve ser uma iniciativa e prática de todos os profissionais da equipe de saúde, na abordagem de promoção e autocuidado a usuária.

O autoexame das mamas, que era estimulado pelos profissionais não provou benefícios na detecção precoce de tumores de mama, trazendo falsa sensação de segurança, sendo necessária a realização de novos exames por vezes invasivos. Sendo assim, institui-se a mamografia como a principal estratégia de rastreio, para mulheres entre 50 e 69 anos. (BRASIL, 2016)

De janeiro a dezembro de 2018, 3.077 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos eram acompanhadas pelas equipes de saúde da CFADS para Rastreamento do Câncer de Mama, conforme informações obtidas pelo sistema Vitacare.

6.5 Gestantes: 15 a 49 anos; gestantes < 20 anos e > 20 anos

O acompanhamento de mulheres no primeiro trimestre de gestação é essencial para o início do pré-natal e diagnóstico precoce de alterações. O olhar ampliado sobre a história de vida da mulher, ambiente em que está inserida, o desejo da gestação, bem como outras questões que expressem as vulnerabilidades ao qual a gestante e a criança estão inseridas,

fortalecem o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. (BRASIL, 2016)

Neste tópico em específico usaremos dados do E-SUS, pois os dados do Vita Care correspondem ao ano de 2018 e entendendo a gestação como um período determinado, as gestantes atuais já estão cadastradas neste sistema de informação. Sendo assim, segundo o E-SUS são 280 gestantes usuárias da CFADS. Destas, a equipe Viúva Cláudio é responsável por 5 Gestantes menores de 20 anos e 33 acima desta faixa etária.

6.6 Crianças < 1 ano

Acompanhar a criança em seu processo de crescimento, desenvolvimento e descobertas é uma das potencialidades da Atenção Básica, já que na maioria das vezes, essa função será realizada pelos mesmos profissionais que acompanharam a mãe desde o seu período de pré-natal até o parto.

A primeira consulta ao recém-nascido deve ocorrer na sua primeira semana de vida, onde serão abordadas as questões do aleitamento materno, orientações quanto a imunização e teste do pezinho. Os cuidados a mãe no seu período pós-operatório também são pautas desta consulta (BRASIL, 2012).

De acordo com relatórios de cada micro área da equipe Viúva Cláudio extraídos do E-SUS, 27 crianças menores de um ano são acompanhadas nesta linha de cuidado.

6.7 Classificação de Risco das Famílias

Este tópico visa apontar o grau de vulnerabilidade das famílias atendidas pelas microáreas da equipe Viúva Cláudio. Para isto, utilizamos a escala de Coelho Savassi (2012), onde estes são classificados da seguinte forma:

- Score de risco 3 – Acamados, deficiência física, deficiência mental, baixas condições de saneamento e desnutrição (grave).
- Score de risco 2 – Drogadição e desemprego.
- Score de risco 1 – Analfabetismo, menor de 6 meses, maior de 70 anos, HAS, diabetes mellitus e relação morador/ cômodo.

Score total: 5 a 6 pontos = R1 = Risco menor; 7 a 8 pontos = R2 = Risco médio; acima de 9 = R3 = Risco máximo.

Com bases nas características das micro áreas já mencionadas no item 6.2, percebemos que as que possuem maior risco, são: Micro áreas 2,3 e 5 apresentando 7 pontos, ou seja, nível médio; Micro área 4, com 4 pontos e Micro área 1 com 3 pontos, ambas com risco menor.

Entretanto percebemos a classificação proposta pelo autor como insuficientes à uma abordagem ampla, que vise a totalidade dos fenômenos vivenciados pelos moradores deste território. Isto porque, um dos principais “riscos” relatados por trabalhadores e usuários é a violência, sendo assim, este determinante social no processo saúde-doença impacta diretamente na ordem da classificação das micro áreas. Sendo assim, avaliamos que na hipótese de considerarmos este fator como risco iminente das famílias, a nova ordem seria: Micro área 5, Micro área 2, Micro área 1, Micro área 3 e Micro área 4.

6.8 O processo de trabalho da equipe Viúva Cláudio

A equipe Viúva Cláudio, como mencionada anteriormente, é composta por cinco agentes comunitários de saúde, os quais se dividem em uma escala de trabalho. Cada turno um agente fica responsável pelo acolhimento dos usuários que chegam até a unidade por demanda espontânea ou consulta marcada. Enquanto isso os outros agentes se dividem para realizar as visitas no território, alimentar planilhas relacionadas ao bolsa família, às visitas realizadas e acompanhamento aos usuários que apresentam doenças crônicas.

A médica e o enfermeiro de referência da equipe também se organizam em turnos de trabalho que abrangem escuta inicial, visitas domiciliares, atendimentos em consultório e atividades externas.

As reuniões da equipe se dão todas as terças feiras no período da tarde, espaço no qual ocorrem discussões de casos complexos, pactuação de intervenções coletivas, matriciamento entre equipe mínima e os profissionais do NASF e CAPS, planejamento semanal das agendas e organização de processos de trabalho.

Percebemos, também, que não há um planejamento prévio de estrutura de reunião, o que impacta na qualidade de discussão dos casos. Notamos que o processo de educação permanente e matriciamento fica fragilizado, ocorrendo muitas vezes a individualização dos mesmos.

Ressaltamos que após a mudança no acolhimento temos observado que o fluxo de trabalho do enfermeiro foi impactado, pois essa nova organização acarretou a perda de um dos turnos de visita domiciliar, passando a ser escuta inicial. Durante esse período em função da

grande demanda de usuários encaminhados para esse tipo de atendimento, as intervenções se tornaram pontuais e imediatas, dificultando o vínculo e a longitudinalidade do cuidado. Isso se dá tanto pelo tempo reservado para o atendimento, como pelo fato de a distribuição dos usuários não corresponder ao território adscrito às equipes, resultando no aumento da produção do trabalho e na conseqüente sobrecarga do trabalhador.

A organização do trabalho acarreta a maior permanência da médica da equipe em consultório realizando atendimentos marcados ou demanda espontânea, impossibilitando, portanto, a realização de atividades externas, embora tenha um turno por semana reservado para visitas domiciliares. Isso implica em um processo de trabalho diferente entre os membros da equipe.

7 Redes de atenção

O Sistema Único de Saúde (SUS) é dividido em níveis de atenção planejados em um modelo organizativo de cuidado que visam garantir ao usuário atendimento e acolhimento integral, conforme a necessidade apresentada. O nível de atenção primário se consolida como o coordenador dos cuidados em saúde, sendo referencial para toda rede. Por meio de diferentes dispositivos como grupos, ações coletivas no território, interconsultas entre profissionais da equipe mínima e matriciadores da equipe NASF, reuniões de equipe e gerais, ações intersetoriais entre os serviços que atendem o usuário, desenvolve-se um modelo de atenção baseado no cuidado cotidiano, o qual demanda tempo, vínculo e compartilhamento das intervenções para que se desenvolva. Há, portanto, uma implicação direta dos usuários na promoção de sua saúde, pois trabalha-se a partir de ações e estratégias que se baseiam na construção de sua autonomia e emancipação. Na Atenção Primária, é então desenvolvido um novo modelo de saúde e doença, compreendendo esta primeira não como ausência de problemas, e sim como resultado de uma série de fatores articulados. Este nível de atenção utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no território, sendo o contato preferencial dos usuários com SUS. Os equipamentos que compõem este nível de atenção à saúde são às Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Clínicas da Família (como nomeadas no Estado do Rio de Janeiro), às Equipes de Consultório na Rua que integram este equipamento, assim como às Equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, ambos compostos por uma equipe multiprofissional.

Já na Atenção Secundária referenciam-se os casos de maior complexidade e que exigem outro grau de densidade tecnológica. Os serviços que compõem este nível de atenção são os Centros especializados, os Ambulatórios Médicos Assistenciais (AMA) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Este último equipamento possui uma equipe de profissionais que prestam atendimento de urgência e emergência 24 horas, sete dias por semana, respondendo a demandas como febre alta, fraturas, cortes, infarto. Tal nível de atenção possui capacidade de atender sem necessidade de encaminhamento ao pronto socorro hospitalar 90% dos pacientes. Por último a atenção terciária, caracteriza-se por ser um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde.

Para que todos estes serviços funcionem de maneira integrada e eficaz, é importante que estejam articulados em rede. Isto quer dizer que, para atender as demandas dos usuários de maneira integral pautando-se em uma estrutura comunicativa e resolutiva entre os equipamentos, foi importante pensar na organização deste sistema em Redes de Atenção à Saúde. A RAS foi institucionalizada por meio da portaria da Portaria 4.279 (BRASIL, 2010), que estabeleceu diretrizes para sua organização no âmbito do SUS. As redes de atenção são assim conceituadas pela referida Portaria como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (...) Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

O início desta discussão sobre a implementação da RAS se deu em 2004 a partir do debate baseado em modelos internacionais de cuidado em saúde, adequando-se a as à realidade de um sistema público universal, em um país federativo de dimensões continentais, de fortes desigualdades regionais e com sistema de cooperação entre União, estados e municípios. A formulação da RAS dentro do Sistema Único de Saúde pressupõe então uma profunda revisão dos modelos de cuidado, estruturados então a partir desta implementação, em uma rede de comunicação que permite a resolutividade da atenção oferecida ao usuário ao evitar práticas iatrogênicas, proporcionando um trabalho que respondam à demanda trazida a partir da integralidade de da humanização.

Entendendo a RAS como organizações dinâmicas e horizontais dos vários componentes de atenção à saúde (básico, especializado, hospitalar e de urgência e emergência) compreende-se que esse novo modelo vem no enfrentamento da fragmentação do cuidado à saúde, sempre se pautando em processos regionalizados ao organiza-se a partir das regiões de saúde. Isso significa dizer que essa implementação depende de uma pactuação entre as três esferas de governo que consiga “romper com estruturas formais das responsabilidades administrativas e incorporar dimensões territoriais nem sempre circunscritas a apenas um município” (COSTA e SANTOS, 2014, p.4). Além dessa responsabilidade tripartite, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) também devem se comprometer em coordenar e articular a implantação da RAS nas regiões de saúde e participar efetivamente na qualificação da APS em conjunto com os municípios. Desta forma, um dos importantes avanços desta nova estrutura de comunicação entre os serviços, é também a mudança nos modelos administrativos de gestão. Os municípios passam ocupar maior papel de responsabilidade perante a federação e os estados, por entender que estes estão mais próximos da realidade de saúde da população.

Também é relevante à implantação da RAS no Brasil, em pelo menos, outras duas dimensões: o fortalecimento da Atenção Básica e a criação de Redes Temáticas, estabelecidas por portarias específicas entre os anos de 2011 a 2014. Dentre estas redes pode-se citar:

1- Rede Cegonha, implementada em junho de 2011, com o objetivo de promover a qualificação da assistência ao pré-natal e ao parto.

2- Rede de Atenção às Urgências e Emergências, implementada em junho de 2011 com o objetivo de fornecer a qualificação e organização dos serviços hospitalares, de pronto atendimento de urgência e emergência, de regulação dos leitos de internação e de retaguarda, de serviços móveis, como o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)

3- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), implementada em dezembro de 2011 com objetivo de promover a qualificação e humanização do cuidado às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas;

4- Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, implementada em abril de 2012 e estruturada a partir de do eixo da saúde do Programa Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência/Viver Sem Limite, o qual previa instituir e qualificar a reabilitação/habilitação e inclusão das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida no SUS

5- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, implementada em fev. /2013 e redefinida em abril/2014 com objetivo de qualificar, ampliar e organizar a oferta e tratamento ao câncer.

A estrutura da RAS está representada no diagrama abaixo:

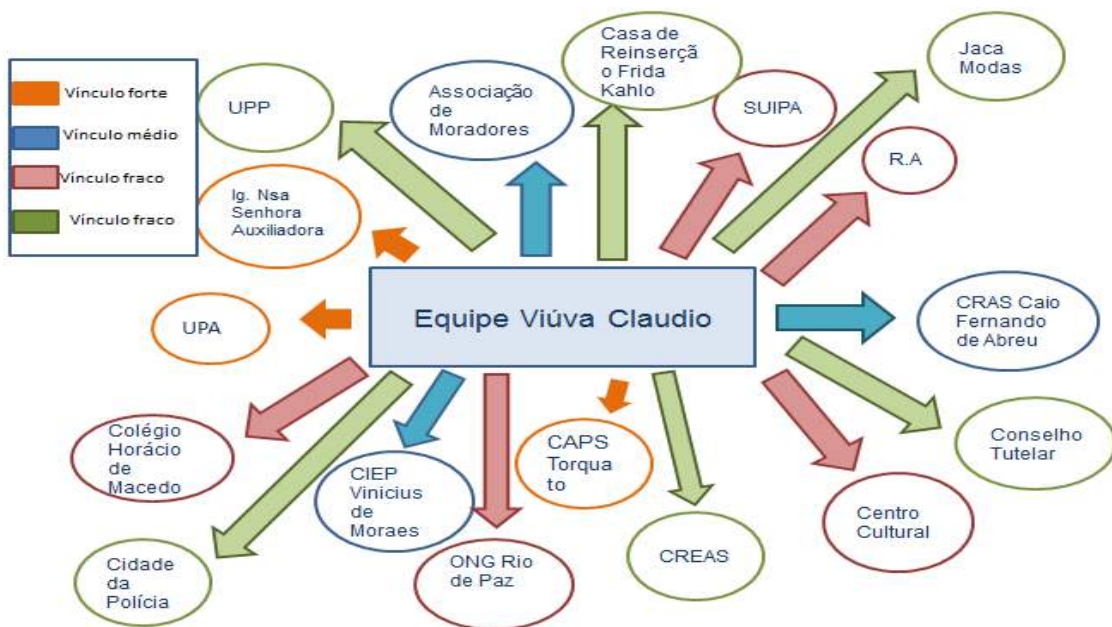
Figura 6: Diagrama com a estrutura da Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

7.1 Rede Intersetorial e esquema da relação de vínculo com a CF

Figura 7: Esquema de vínculo entre a rede intersetorial e a CFADS



Fonte: Elaborado pelas RMSF R1.

A viabilização deste modelo de atenção integral e contínuo depende também do desenvolvimento de instrumentos de qualificação aperfeiçoamento das diferentes redes temáticas. As diretrizes clínicas, as linhas de cuidado, a definição adequada da abrangência das regiões de saúde e as análises críticas e sistemáticas da qualidade da atenção à saúde são exemplos de ferramentas que permitem o desenvolvimento destas redes temáticas com qualidade. Além dessas diretrizes, contata-se que o Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Atenção à Saúde, disponibiliza-se como órgãos que preveem o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação das redes, organizando-se para isso em grupos condutores de trabalho.

Outra instância participativa central para efetivação destas redes, é a participação social, um dos princípios organizativos do SUS. Esta iniciativa se dá por meio de fóruns regionais, conselhos locais de saúde e pesquisas de satisfação do usuário, sendo compreendidas enquanto fundamentais no cuidado em saúde oferecido ao usuário atendido. Isto porque, a medida em que o paciente passa a ter consciência de seus direitos, consegue reivindicar por eles, bem como sugerir novas alternativas e modelos de atenção. Esta apropriação estimula também o protagonismo e a autonomia do usuário, uma vez que este passa a entender-se enquanto sujeito neste processo.

8 Necessidades e potencialidades:

8.1 Problemas encontrados:

Logo de início nos deparamos com um problema que atravessa o processo de trabalho de todos os trabalhadores da clínica. A transição do prontuário eletrônico Vitacare para E-SUS, resultou em alguns desafios, como a duplicação de dados, a falta de um campo para alimentação de informações anteriormente presentes, principalmente para os ACSs, que não possuem a possibilidade de descrever as visitas domiciliares. A falta de informações cadastrais também dificulta na continuidade do acompanhamento. Já para os profissionais do NASF não há possibilidade de evoluir o atendimento após a realização de uma interconsulta com equipe mínima, o que acaba por defasar as informações contidas no prontuário do usuário.

Outra mudança que ocorreu logo após nossa imersão no campo foi a alteração no protocolo de acolhimento. Anteriormente este se dava por meio do acesso avançado, onde

cada ACS recepcionava os usuários em seus respectivos guichês. Esse processo tinha como princípio a resolutividade da questão em até 48h, onde o usuário pode ser atendido no momento em que chega na unidade, no mesmo dia, ou em até dois dias dependendo do risco. Isso conferia para as equipes a continuidade do vínculo e maior resolutividade das demandas por evitar absenteísmo. Atualmente o acolhimento se dá através da escuta inicial, onde os ACS são responsáveis por recepcionar as demandas que chegam à unidade e também às consultas agendadas para escuta inicial, dois enfermeiros por turno, ficam responsáveis pela escuta e classificação de todas as demandas iniciais e assim encaminham os usuários para atendimento médico, marcação de consultas ou é sanado o agravo.

8.2 Necessidades:

No período de imersão no campo, presenciamos um modelo de acolhimento que se estruturava por meio do acesso avançado. Neste, todos os usuários que acessavam a clínica por demanda espontânea, eram acolhidos pelo agente comunitário de saúde de sua equipe de referência, os quais registravam os relatos trazidos em uma planilha online. O enfermeiro e a médica da equipe, em questão, organizavam-se para atender as demandas registradas em até 48 horas.

Como mencionado anteriormente no tópico dos principais problemas encontrados na clínica, houve uma mudança no processo de acolhimento. Agora, os usuários que chegam à unidade por demanda espontânea, são acolhidos pelos agentes comunitários de saúde que direcionam estes a escuta inicial, a qual é realizada por dois enfermeiros, que a faz por turno. Depois dessa triagem, encaminha-se a questão levantada para consulta agendada ou atendimento médico no mesmo dia, dependendo do agravo constatado.

Notamos que esta mudança acarreta algumas consequências bastante relevantes que impactavam diretamente no processo de trabalho de todos os profissionais da unidade. Isto porque, não se garante a longitudinalidade do cuidado, uma vez que o usuário não necessariamente é atendido por seu enfermeiro de equipe. Além disso, perde-se muitas vezes o retorno nas consultas por absenteísmos dos pacientes, em função dos intervalos longos entre as consultas agendadas e o dia da escuta inicial. Vale ressaltar também que o profissional, responsável por realizar essa classificação de risco, submete-se a um processo de trabalho pouco humanizado, visto que a demanda é intensa para o intervalo de tempo de atendimento.

Em relação a intersectorialidade e matriciamento, durante o período de realização do diagnóstico situacional, realizamos um levantamento dos dispositivos sociais presentes no

território que compõe a rede de serviços bem como contato com alguns profissionais e equipamentos. Pudemos notar, que a comunicação com estes espaços varia bastante. Enquanto equipe, estamos iniciando nosso processo de trabalho na clínica, acompanhando os casos multiprofissionalmente em sua maioria. Temos, aos poucos, compreendido que, para garantir a maior resolutividade das ações planejadas, precisamos articular nossos trabalhos com a rede de serviços presentes.

Temos vivenciado, entretanto, que esta articulação não é efetiva em alguns casos. Na reunião de equipe Viúva Cláudio, a qual nos revezamos para participar em duplas a cada semana do mês, contamos com a presença de dois enfermeiros do CAPS Torquato Neto. Estes acompanham as discussões realizadas interferindo no planejamento de intervenções e encaminhamentos possíveis para casos de saúde mental. Entretanto, temos percebido também que este trabalho não se dá de forma conjunta, pois o manejo dos profissionais deste equipamento tem concentrado-se na marcação de consultas e não na construção coletiva de intervenções, o que caracterizaria um trabalho de matriciamento efetivo. Também foi possível constatar, uma fragilidade relevante na comunicação entre alguns profissionais do CAPS e a clínica, ao referenciar casos de alta complexidade para acompanhamento nestes dispositivos. Entendemos ser necessário, portanto, articularmos um novo contato para que se consolide de fato um fluxo de encaminhamento e de acompanhamento na rede.

Além do contato com o CAPS, também visitamos o CRAS Fernando de Abreu, localizado na região de Manguinhos. Este equipamento acompanha alguns usuários da CFADS, e por isso, buscamos conhecer o trabalho realizado e o fluxo que este tem com a clínica. Foi proposto logo no início da nossa imersão, que o CRAS viesse a clínica quinzenalmente para realizar o cadastramento de usuários acompanhados na unidade, bem como para realizar a verificação do bloqueio do benefício Bolsa Família constatado em alguns acessos. Entretanto, esta articulação deu-se apenas por um breve período, tendo que em vista que atualmente o serviço não comparece mais a clínica conforme combinado previamente.

Por último, vale ressaltar também, a articulação que realizamos com duas escolas no território. A primeira, CIEP Vinicius de Moraes, acompanha crianças de até 13 anos. Nesta, realizamos algumas reuniões com a equipe de coordenação pedagógica da escola, onde pudemos constatar uma dificuldade de entendimento sobre o trabalho realizado pelo PSE, encarado como pouco efetivo no trabalho com a saúde dos alunos. Tendo em vista que as demandas levantadas por tais profissionais se concentram na realização de atendimentos individuais de psicologia visando sanar problemas psicossociais e de comportamento, a

equipe da clínica desenvolve, portanto, um trabalho neste local que não atende a tais demandas. Assim, essa comunicação também não era efetiva, colocando a unidade como pouco referenciada neste espaço educacional. A mesma relação de distanciamento foi observada na escola Horácio de Macedo, a qual visitamos posteriormente.

Entendemos que tais fragilidades no fluxo de comunicação com os equipamentos que compõem a rede, também podem ser observadas no trabalho de matriciamento realizado na unidade. Notamos que as categorias que compõem o NASF são solicitadas na sua maioria das vezes, para realizar interconsultas com os profissionais da equipe mínima. Porém, entendemos que o trabalho de matriciamento não se restringe somente a realização desta atividade, visto que prevê a qualificação do manejo profissional da equipe mínima como um todo.

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. (CAMPOS, 2007, p.400).

Apontamos, portanto, que o trabalho do NASF qualifica-se quando promove a discussão dos casos com os profissionais da equipe mínima viabilizando o aprimoramento do manejo dos atendimentos e ampliando as possibilidades de intervenções pensadas. Além disso, o NASF também deve promover novos espaços de reflexão sobre os processos de trabalho que se dão nas equipes como um todo, o que não tem sido observado até o momento. Entretanto, também identificamos que por uma falta de tempo hábil disponível para participar das reuniões de equipes das 7 equipes que compõe a clínica, este trabalho de fato torna-se fragmentado também em função desta organização.

Violência:

Outro fator já descrito anteriormente que atravessa diretamente o processo de saúde e doença vivenciado pelos usuários da unidade, é a violência presente no território, a qual se dá de maneira intensa e constante. Tal cenário inviabiliza tanto o acesso dos usuários a clínica em dias de confronto, como impacta no deslocamento destes como um todo pelo território. Assim sendo, muitas vezes permanecem enclausurados em suas casas, interferindo diretamente nos casos de isolamento social ou do desenvolvimento de questões emocionais relacionadas ao medo constante. Pudemos notar que, existe um alto número de usuários com diagnósticos de depressão ou ansiedade e doenças crônicas como hipertensão e diabetes, que podem ser agravos após episódios de violências.

Invisibilidade de grupos populacionais:

Por último, também gostaríamos de apontar algumas análises que realizamos sobre o perfil populacional que acessa a clínica. Por meio das interconsultas, dos grupos, das visitas

domiciliares e do acompanhamento de casos via outras formas¹¹, pudemos perceber que alguns grupos com características específicas, como: idosos, gestantes, hipertensos e diabéticos, tabagistas e usuários com sintomas depressivos, tendem a acessar a clínica com certa periodicidade. Com isso, criaram-se grupos e atividades coletivas ou individuais visando absorver esta demanda e responder ao que é solicitado, pelas diferentes ferramentas desenvolvidas. Entretanto, notamos que algumas pessoas não acessam a clínica de forma alguma, usuários estes que possuem semelhanças: são em sua maioria jovens ou pré-adolescentes. Estamos enquanto equipe articulando estratégias de aproximação que viabilizem tanto o acesso destes como o cuidado humanizado e integral, compreendendo que este movimento não se restringiria somente a discussão de assuntos específicos pré delimitados e comuns nesta faixa etária. Percebemos como muitas crianças, menores de 10 anos, acessam a clínica, mas que o cuidado de fato com abordagem à saúde da família está prejudicado, pois, em casos de famílias com pré-adolescentes e jovens, estes não encontram espaços para serem cuidados, senão em atendimento individuais. Entendemos também que demandas coletivas desta faixa etária podem ser trabalhadas utilizando algumas metodologias, como a educação popular, para trazer ao debate questões que perpassam essa fase de vida e muito influenciam no processo de formação de identidade e criação de redes de apoio.

8.3 Potencialidades:

As potencialidades do Jacarezinho foram percebidas pelas residentes ao longo do processo de elaboração do diagnóstico. Estas, englobam aspectos relacionado as relações de trabalho e a dinâmica da clínica. Mas, não se limitam.

Entendemos também como potência o conjunto de expressões culturais, de lazer e interação social, que, nessa perspectiva, assumem um papel na efetivação da cidadania, manifestando a liberdade e a dignidade da pessoa humana que constituem a base do Estado Democrático de Direito. Contudo, em um contexto onde cotidianamente os sujeitos vivenciam exploração, opressão, violências e discriminação, seus direitos são negados, impedindo o exercício da cidadania de forma plena.

Ainda assim, as múltiplas potencialidades do Jacarezinho permanecem, como resistência, e as da clínica como ferramentas de cuidado integral às famílias. A seguir, descrevemos algumas destas:

¹¹ Reuniões de equipe, Programa Saúde na Escola, Fórum de Saúde Mental, entre outras.

- Solidariedade entre os moradores: percebe-se através das entrevistas que realizamos, que apesar de uma recorrente fragilidade de vínculos familiares e de pouca organização de espaços de representação política da sociedade civil, outras estratégias de vínculos e redes de apoio são encontradas. Nesse sentido, a CFADS configura-se em um espaço físico propício para efetivação e fortalecimento desses vínculos, através dos diferentes grupos.

A página oficial do Jacarezinho, no Facebook, também tem um papel fundamental de organização de estratégias de apoio e assistência aos moradores, considerando a ineficácia do Estado na efetivação de Políticas Públicas que atentem às necessidades dessa população.

Através da fala de uma moradora, conhecemos um exemplo de solidariedade entre os moradores deste território. Ela nos conta que antes da canalização do rio (responsável pelo nome do bairro) havia muitas enchentes, acarretando inúmeros prejuízos; e “todos se ajudavam”. A última enchente foi com o rio já canalizado, no último ano, este transbordou e, na “parte mais baixa”, algumas famílias perderam seus bens. Então, os moradores se organizaram em um grupo de uma rede social para arrecadação de doações de móveis, roupas e demais necessidades.

O reconhecimento desse modo de formação de redes e resistência não é legitimado pela maioria dos moradores que contatamos como uma potência, visto que, muitos alegam que não identificam potenciais no bairro, que “plantam, mas parece não dar fruto”. Ainda assim, um morador relata:

Então, eu também não identifico muita coisa, mas acho que o nosso potencial é a vontade de realizar algo para a nossa comunidade, o que temos é uma terra fértil, sem semente.

- Campeonato de Futebol: responsável por reunir muitos adolescentes e jovens no “campo da GE”, duas vezes ao ano. Configura-se em um momento de lazer e interação entre os participantes que ultrapassa a atividade física, alcançando outras formas de relações sociais.

- Grupos existentes dentro da CFADS: entendemos estes a partir da perspectiva que as práticas grupais ocorrem mediante ações que são motivadas pela necessidade, interesse, desejo, afeto e prazer. Os grupos surgem a partir de uma motivação individual, a fim de realizarem ações coletivas. Dessa forma, vemos que os grupos presentes na clínica possuem dimensões de grande potencial afetivo, longitudinal e dialógico, sendo instrumentos de promoção de cuidado e de autonomia dos participantes.

- Academia Carioca: A existência do Programa Academia Carioca na clínica possibilita uma forma de cuidado extra consultório, aumentando a adesão da população à prática de atividade física regular, gerando interação social, promoção da saúde e construção de vínculo entre profissionais e usuários, e entre os próprios usuários. Estes se organizam e entendem a dinâmica do programa, por uma ótica de pertencimento, autônoma e coletiva, representando um grande potencial.

- Vínculo da comunidade com a clínica: como vimos anteriormente, os moradores do Jacarezinho possuem grande aproximação com a CFADS, reconhecendo este lugar, não apenas como forma de prestação de serviço em saúde, mas também como possibilidade de construção de outras formas de cuidado e ocupação do espaço. Assim, podemos perceber que o conceito ampliado de saúde já pode ser vivenciado na dinâmica de funcionamento da clínica pelos usuários, ampliando a lógica puramente biológica e clínica, para uma dimensão que englobe determinantes sociais, culturais, econômicos e históricos. Exemplos que podem ser presenciados no cotidiano são as festividades: a clássica Festa Junina que conta com a participação de muitos usuários caracterizados e altamente envolvidos no processo de organização e planejamento; o aniversário da clínica que representa um momento de muitas comemorações, proporcionais aos anos de funcionamento, entre outros.

Ainda nesse tópico, cabe ressaltar a forma afetuosa com que os usuários descrevem os profissionais, grupos e serviços prestados.

- Participação dos Agentes Comunitários de Saúde nos processos da clínica: os ACS são profissionais pilares na Estratégia Saúde da Família, sendo os principais responsáveis pelo acompanhamento longitudinal, pela territorialização do cuidado em saúde, pelo fortalecimento de vínculo entre usuários e ESF, pelo reconhecimento do lugar da clínica enquanto direito à saúde, e, por muitas outras potencialidades que consideramos essenciais para o funcionamento da Atenção Básica.

Nesse sentido, na CFADS, os trabalhadores (ACS) possuem protagonismo na participação dos processos decisórios da unidade ou dentro das reuniões de equipe. Além disso, fortalecem os ambientes grupais, seja referenciando os usuários, organizando a demanda que chega, participando ativamente na mediação e construção.

- Trabalhadores acolhedores: reconhecemos de forma direta o grande potencial acolhedor por parte de todos os trabalhadores da CFADS, incluindo os do Consultório na Rua e os voluntários. Estes, nos receberam sempre muito disponíveis a compartilharem a dinâmica da clínica, a história do território, sanando eventuais dúvidas e dividindo momentos de muito

aprendizado até aqui. Temos certeza que está forma solidária e atenciosa de nos tratar não é um privilégio nosso, mas de todos os profissionais e usuários que são recebidos pela CFADS.

Nesse sentido, mais uma vez, destacam-se os ACS e os trabalhadores voluntários, Sr. Paulo e Sra. Gerluzia, que, além de nos apresentarem a clínica, são muito disponíveis e pacientes para nos mostrar o território tanto em sua abrangência geográfica, como também social.

9 Plano de Ação:

Quadro 3: Plano de Ação da Equipe Viúva Cláudio.

Planilha de Plano de Ação			
Descrição da situação	Objetivos	Ações	Cronograma
Pouca acessibilidade à clínica e adesão do público entre 12 e 21 anos	Desenvolver atividades que abordem temáticas relacionadas ao cuidado integral na saúde dos adolescentes	-Rodas de conversa -Ações coletivas no território -Grupo de estudos -Articular com o RAP da Saúde - Desenvolver PSE na escola de referência	Médio Prazo, ou seja, até um ano.
Público alto de Hipertensos e Diabéticos acessando a clínica para renovação de receitas	Realizar atividades promotoras de saúde que não se restrinjam a abordagens biomédicas	- Repensar a metodologia do grupo construída com a participação dos usuários - Realizar ações coletivas no território para divulgação	Curto prazo: até seis meses
Ausência de atividades físicas voltadas para crianças e adolescentes	Promover novos espaços na clínica para prática de atividades físicas diversas	- Desenvolver aulas de dança aproveitando novos espaços da clínica - Desenvolver aulas de psicomotricidade	Médio prazo: até um ano
Fragilidade da rede intersectorial	Qualificar a comunicação com os equipamentos do território	- Promover contato inicial com serviços não visitados - Articular reuniões com os profissionais destes serviços	Médio Prazo: um ano

Fonte: Elaborado pelas RMSF R1.

10 Considerações finais

A construção deste trabalho foi desafiadora pela dificuldade de obtenção de dados epidemiológicos, como por exemplo: quantitativo de diabéticos e hipertensos no Estado do Rio de Janeiro. Isto, aliado a outros levantamentos utilizados na confecção deste trabalho, nos trouxe que não há poucas possibilidades de análises atuais acerca de aspectos epidemiológicos e demográficos, tendo em vista que as referências consultadas não são anuais. Outro fator influenciador para análise dos dados foi a duplicidade de sistemas de informação em saúde, onde alguns foram extraídos do *VitaCare* e outros do *e-SUS*. Ainda sobre isso, trabalhadores relatam que o atual sistema (e-SUS) é incompleto, considerando que impossibilita o registro de visitas domiciliares, além de não absorver todo o histórico do antigo sistema e individualizar processos. Em contrapartida, valorizamos essa plataforma, tendo em vista que esta é pública e gratuita.

Outra dificuldade constatada ao longo da realização do diagnóstico foi a insuficiência de políticas públicas sociais presentes no território, resultando na vulnerabilização da rede de serviços como um todo. Esta realidade impacta diretamente na qualidade das intervenções pensadas intersetorialmente, prejudicando, portanto, a resolutividade de algumas práticas.

Ademais, o diagnóstico também nos possibilitou conhecer as características do território de abrangência da CFADS, e mais especificamente da equipe que estamos referenciadas. Por meio da análise do perfil epidemiológico, do levantamento dos equipamentos e da contextualização histórica e social do território, qualificamos a visualização do processo saúde-doença do território e o desenvolvimento de ferramentas para elaborar futuras intervenções conjuntas.

Para além destas observações mencionadas, este trabalho permitiu que nos reconhecêssemos enquanto equipe e pautássemos nossas decisões e ações coletivamente durante todo o processo. Entendemos também, que esta construção em conjunto tem potencializado nosso trabalho multiprofissional, possibilitando novos arranjos e manejos.

Referências Bibliográficas:

ATAIDE, Marlene. **Um diálogo com a história oral: limites ou possibilidades de se fazer pesquisa qualitativa?** . Espírito Santo: Revista Sinais, nº 20, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº4279**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: julho de 2019.

CAMPOS, Gastão; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2007.

CAVALLIERI, Fernando; LOPES, Gustavo. **Índice do Desenvolvimento Social – IDS: comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf>. Acesso em julho de 2019.

CARVALHO, Maria Alice; LAGO, Regina. **Guia do diagnóstico situacional participativo**. Rio de Janeiro: Residência Multiprofissional em Saúde da Família – ENSP/Fiocruz, 2019.

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA. **Mapa de Risco**. Belo Horizonte. Disponível em: <http://portal.pucminas.br/cipa/index_padrao.php?pagina=618>. Acesso em junho de 2019.

COSTA, Ana Maria; SANTOS, Fausto. **O processo da construção de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: Revista Divulgação em Saúde para Debate, nº52, 2014.

EMOP. **Complexo do Jacarezinho: Diagnóstico - Relatório**. In: Elaboração de Projetos e Orçamentos para melhorias Urbanas e Habitacionais - PAC 2. Rio de Janeiro: EMOP, 2013. Disponível em <http://www.emop.rj.gov.br/bs_dinamica.asp?id=357>. Acesso em junho de 2019.

FARIA, Rivaldo; BORTOLOZZI, Arlêude. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil**. Curitiba: Editora UFPR, 2009.

Disponível em:

http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/espaco_territorio_e_saude.pdf>. Acesso em: julho de 2019.

FAULHABER, L. **Rio Maravilha: práticas, projetos políticos e intervenções no território no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2012. Disponível em: <https://issuu.com/lucas.faulhaber/docs/tfg_lucasfaulhaber>. Acesso em junho de 2019.

GERSON, Brasil. **História das ruas do Rio**. Rio de Janeiro: Editora Lacerda, 5ª edição, 2000.

GUERRA, Cyntia. **Relatório de Gestão: Clínica Anthídio Dias da Silveira**. Rio de Janeiro: CFADS, 2019.

MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 29 edição, 2010.

ODA, Leila; ÁVILA, Suzana. et. al. **Biossegurança em Laboratórios de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

RIBEIRO, Maria Celeste. **Enfermagem e Trabalho: Fundamentos para a atenção a saúde dos trabalhadores**. Taubaté: Martinari, 2 edição, 12011.

RIZZOTTO, Maria Lucia; BORTOLOTO, Claudimara. **O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da CEPAL**. Paraná: Revista Comunicação e Saúde, v.15, nº38, 2011.

SAVASSI, Coelho. **Escala de Coelho Savassi**. São Paulo: Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde, 2010. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/escala_de_coelho.pdf>. Acesso em julho de 2019.

THIAGO, Cristiane Muniz. **Rio de Janeiro operário: memória dos trabalhadores do bairro do Jacaré.** Rio de Janeiro: PPMS- Unirio, 2007. Disponível em: <<http://www.memoriasocial.pro.br/documentos/Disserta%C3%A7%C3%B5es/Diss207.pdf>>. Acesso em maio de 2019.

ANEXOS:

Roteiro de Entrevistas:

Entrevista com as lideranças do território:

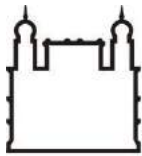
1. Identificação: nome, idade, gênero, escolaridade, cargo e empresa em que trabalha?
2. É morador do Jacarezinho? Se sim, há quanto tempo?
3. Há quanto tempo a empresa atua no Jacarezinho? Como se deu essa inserção no território/ qual foi a sua motivação?
4. Como você descreveria a relação dos moradores com a instituição?
5. Como você acha que a comunidade entende esse espaço?
6. Quais são as principais articulações que existem? (com outras instituições/ pessoas parceiras?)
7. Quais são as principais dificuldades?
8. Quais são as principais mudanças que você destacaria no último ano?
9. Quais as perspectivas para o próximo ano?
10. Conhece a Clínica da Família? Já precisou articular com ela?
11. Como você definiria a importância da sua empresa no Jacarezinho?

Entrevista com os trabalhadores da clínica:

1. Identificação: nome, idade, gênero, escolaridade, ocupação na clínica
2. Há quanto tempo trabalha no território e se é morador?
3. Qual é seu regime de contratação? Isso te gera alguma insegurança?
4. O que te motiva a trabalhar aqui?
5. Qual é o impacto do seu trabalho na comunidade? Qual é o impacto do redesenho da atenção básica na comunidade?
6. Quais são os atravessamentos do território nos eu trabalho?
7. Como você entende que o trabalho na atenção básica se dá na clínica? (multiprofissional/ ambulatório)
8. Como você organiza seu processo de trabalho? Há um planejamento semanal?
9. Você acha que tem suporte na clínica para ser atendido? Existe um espaço para cuidar da sua saúde?

Entrevista com os moradores?

1. Identificação: nome, idade, gênero, escolaridade, qual é o território do morador e qual equipe o atende
2. Quanto tempo é usuário cadastrado na clínica? Qual é o maior motivo que você acessa a clínica?
3. Como é o seu acesso a clínica? No momento que você entra na clínica, como é? Participa de algum grupo? Atendimento pontual?
4. O que é saúde pra você?
5. O que você acha da participação popular na clínica? Você conhece o Conselho gestor?
6. Como você se relaciona com os espaços sociais? (Igreja, associação de moradores, ONGs)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante, Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPATIVO DO JACAREZINHO” desenvolvida por Andreza Candido, Geisa Moreira, Laís Souza, Larissa Borlin, Maria Carolina Simonsen, Mariana Robin e Natasha de Jesus, discentes de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Roberto Raposo, Professora Márcia Torres e Preceptor Renan Lima, enfermeiro da clínica Anthidio Dias da Silveira.

O objetivo central do estudo é promover uma compreensão dos dispositivos institucionais e não institucionais, equipamentos e serviços do Jacarezinho, assim como sinalizar suas principais potencialidades, fragilidades e vulnerabilidades auxiliando-os, junto às equipes, a criar estratégias de intervenção em saúde que envolvam a população assistida.

O convite a sua participação se deve à vivência enquanto trabalhador. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista às pesquisadoras do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado. O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente quinze minutos.

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.

O participante não será remunerado em hipótese alguma para a realização desta pesquisa, nem realizará nenhum tipo de pagamento.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, para utilização em pesquisas futuras, sendo necessário, para isso, novo contato para que você forneça seu consentimento específico para a nova pesquisa.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de destacar as exigências de ampliação de políticas públicas que atentem para as demandas em saúde no território do Jacarezinho.

Assegura-se a ciência que a presente pesquisa está sujeita a alguns riscos, como por exemplo: risco de constrangimento durante a entrevista; risco de dano emocional e risco de identificação indireta devido ao número restrito de participantes.

Os resultados serão apresentados aos participantes em apresentações dirigidas ao público participante e disponibilização via consulta do resultado final em via documental.

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

http://www.ensp.fiocruz.br/etica

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Contato com as pesquisadoras responsáveis:

e-mail- asresidentesjacarezinho2019@gmail.com

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2019

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPATIVO DO JACAREZINHO” e concordo em participar. Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

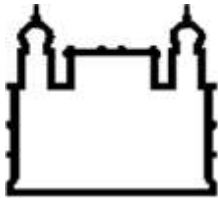
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão 01; de 13 de Maio de 2019.

Rubrica pesquisador: _____ Rubrica participante: _____

ANEXO B

Diagnóstico Situacional Participativo

Clínica da Saúde da Família Amélia dos Santos Ferreira



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

ALEXIA PIRES DE FIGUEIREDO
CAMILA PROTT PESSANHA
CAMILA SIQUEIRA DE CASTRO FERREIRA
DEBORA SILVA DO NASCIMENTO LIMA
LUANA DE CASTRO
MARCUS ANDRÉ CARNEIRO DE CARVALHO DA SILVA
RAFAEL FERNANDES TRITANY

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPATIVO
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira

Rio de Janeiro

2019

ALEXIA PIRES DE FIGUEIREDO
CAMILA PROTTE PESSANHA
CAMILA SIQUEIRA DE CASTRO FERREIRA
DEBORA SILVA DO NASCIMENTO LIMA
LUANA DE CASTRO
MARCUS ANDRÉ CARNEIRO DE CARVALHO DA SILVA
RAFAEL FERNANDES TRITANY

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPATIVO
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira

Trabalho desenvolvido e apresentado durante o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ, como requisito parcial para a conclusão da Unidade de Aprendizagem II.

Orientadores:

Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Silva Cunha

Prof. Dr. Marco Aurélio Soares Jorge

Rio de Janeiro

2019

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVS	Agente de Vigilância em Saúde
CAP	Coordenadoria de Área Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCMS	Centro Cultural do Ministério da Saúde
CFASF	Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DSP	Diagnóstico Situacional Participativo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMNS	Instituto Municipal Nise da Silveira
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSE	Programa de Saúde da Escola
PNH	Política Nacional de Humanização
RA	Regional Administrativa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SB	Saúde Bucal
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. JUSTIFICATIVA.....	7
3. OBJETIVOS.....	9
3.2 Objetivos específicos.....	9
4. PERCURSO DA PESQUISA.....	10
5. DISCUSSÃO.....	12
5.1 Conhecendo o Território.....	12
5.1.1 Às mulheres, lavar, passar, Cozinhar; se loucas, o hospício: do Samba à Loucura, As Dores e Delícias de Ser Amélia.....	12
5.1.2 Aspectos socioeconômicos: Acesso ao lazer, cultura, transportes e renda.....	18
5.1.3 Mapa Vivo: um olhar sobre o território.....	20
5.2 REDES FORMAIS, INFORMAIS E RECURSOS COMUNITÁRIOS.....	31
5.2.1 Redes formais e Recursos Comunitários.....	31
5.2.2 Redes de Atenção.....	32
5.2.3 Rede Intrasetorial e esquema da relação de vínculo com a Clínica da Família.....	34
5.2.4 Rede Intersetorial, organizações sociais e esquema da relação de vínculo com a Clínica da Família.....	36
5.3 CONHECENDO A CLÍNICA DA FAMÍLIA.....	38
5.3.1 Estrutura Física e Fluxos de Funcionamento.....	39
5.3.2 Fluxograma de Atendimento na CFASF.....	41
5.3.3 Fluxos dos Setores: Farmácia, Odonto, NASF e Educação Física.....	43
5.3.4 Práticas grupais em saúde: um breve levantamento dos grupos de educação e promoção de saúde que ocorrem na CFASF.....	47
5.3.5 Um breve levantamento sobre a população adscrita.....	48
5.3.6 Perfil dos Usuários e das Usuárias em Relação à Raça/Cor, Faixa Etária e Gênero.....	56
5.3.7 Agravos e condições prioritárias de acompanhamento.....	53
5.4 CONHECENDO A EQUIPE PAU-FERRO.....	59
5.4.1 Microáreas e suas principais características.....	59
5.4.2 Consultas agendadas X demanda espontânea.....	61
5.4.3 Condições e Agravos.....	61
6. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS DESAFIOS E POTENCIALIDADES.....	63

6.1 Árvore de Desafios e Potencialidades	63
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXO	79
APÊNDICE	84

Fome e Doença não escolhem raça nem religião.

Mãe Tânia de Iemanjá

1. INTRODUÇÃO

Ao planejar e gerenciar um serviço de saúde é necessário ter informações que evidenciem as condições de vida culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas da população que irá utilizar o serviço (CARVALHO; LAGO, 2019). Assim, é com a análise dessas informações que é possível pensar na ordem de prioridade das necessidades dessa população.

Um fator complicador para a análise de dados com o intuito de planejar e gerenciar os serviços de saúde para populações adscritas em um determinado território é a disponibilização de dados, geralmente obsoletos, de forma desagregada o que dificulta a real compreensão das necessidades de saúde do território, e o que também pode mascarar o grau de vulnerabilidade e o tamanho das desigualdades entre um território e outro (CARVALHO; LAGO, 2019).

Carvalho (apud CARVALHO; LAGO, 2019) traz a importância do planejamento para otimizar a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. E o diagnóstico é a primeira etapa deste planejamento, visto a necessidade de conhecer as fragilidades e potencialidades do território e a partir delas delinear formas para atender as demandas específicas da população adscrita.

Pensando na clínica da família como um serviço de saúde que atende uma população adscrita em um território específico é importante atentar ao fato de que um diagnóstico situacional não é algo irrefutável e definitivo. Por duas questões: 1) existe um grupo de pessoas específicas construindo esse diagnóstico, se um outro grupo for construir um novo diagnóstico para o mesmo território é provável que as percepções sejam distintas; 2) o território é vivo, logo, é fundamental que seja considerado o momento histórico, cultural, econômico e temporal em que o diagnóstico foi construído. Dessa forma, infere-se que de tempos em tempos é necessária uma nova pesquisa sobre o território e sua população para a partir dela repensar o planejamento do serviço de saúde.

Gondim (2008) coloca o reconhecimento do território - entendido como o acúmulo de questões sociais, econômicas, culturais, ambientais, históricas - como um passo básico para caracterizar a população, seus problemas de saúde e o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dela.

O presente trabalho é resultado de uma construção coletiva da equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca com a participação de usuários e profissionais da Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira (CFASF).

2. JUSTIFICATIVA

A inserção de residência em uma unidade de saúde cumpre a uma dupla finalidade, a de permitir a formação especializada pelo ensino em serviço e a de contribuir para a qualificação e fortalecimento do serviço oferecido pela unidade de saúde à população atendida.

A partir deste entendimento inferimos neste trabalho o compromisso com o fortalecimento de uma formação/atuação orientada pelos princípios e diretrizes do SUS e pela lógica do direito universal à saúde e da responsabilização do Estado pela garantia destes (BRASIL, 1988, art. 196).

O diagnóstico situacional participativo constitui-se como ferramenta pedagógica proposta pelo programa de residência multiprofissional em saúde da família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca -Ensp/ Fiocruz, como instrumento inicial para elaboração de planejamento e ações de intervenção no território. Nesse sentido cumpre às finalidades apontadas acima ao levantar, de maneira geral, o quadro das particularidades do território em que se insere a Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira (CFASF), e a partir desse levantamento sugerir propostas de intervenção. Esse levantamento procurou identificar as principais necessidades de saúde da população, assim como as potencialidades postas pela dinâmica territorial.

Compreende-se que o diagnóstico é parte inicial do processo mais amplo de planejamento e gestão das ações de saúde do território já que reúne um conjunto de informações capazes de proporcionar uma aproximação com a realidade local. Essa aproximação nos permite identificar as principais necessidades sociais em saúde e a partir da análise e reflexão sobre essas instituir um plano de ações para a mudança desse quadro situacional (CARVALHO; LAGO, 2019, p.3).

Como nenhuma ação ou proposição é isenta de intencionalidade e sendo desta maneira guiada por determinadas concepções e percepções de mundo, expomos aqui nossa orientação a partir de um arcabouço ético-teórico-político que seja o do compromisso com o fortalecimento do SUS e da atenção básica pela consolidação e expansão da estratégia de saúde da família.

A realização deste diagnóstico se orientou pela materialização dos princípios trazidos pela Política Nacional de Humanização (2013b), a fim de que se ponham em prática os princípios do SUS no cotidiano do serviço e para que se efetivem mudanças no cuidado e na maneira de gerir esses serviços. A comunicação é parte fundamental para a construção dos processos de cuidado compartilhado e integrado, e a participação dos usuários, trabalhadores

e gestores na produção deste cuidado é essencial para que esses processos ocorram. Nesse sentido as propostas da PNH estimulam a comunicação entre estes três atores para a construção coletiva de enfrentamento das relações de poder e fortalecimento das relações de trabalho compartilhadas e afetivas, encorajando a gestão do cuidado e os processos de trabalho de maneira compartilhada.

A própria compreensão das necessidades sociais em saúde passa pelo entendimento do que é saúde, de forma que este trabalho orientou-se pela compreensão deste como um conceito ampliado. A concepção ampliada de saúde considera os modos de vida, de produção e organização em determinado contexto sócio-político-cultural e entende que as maneiras de adoecimento e de produção de saúde são diversas, complexas e heterogêneas, daí o esforço em se apreender a dinâmica territorial. As necessidades sociais em saúde são produto dessa dinâmica e as respostas a essas necessidades devem ser formuladas a partir de uma abordagem multiprofissional, integrada e articulada em redes intersetoriais. O conceito de clínica ampliada (2009a) e as diretrizes postas pela política nacional de promoção à saúde (PNPS - 2018) foram aspectos integrantes da metodologia empregada, já que entendemos que o processo de saúde-doença é proveniente de diversos e complexos aspectos e portanto é imprescindível que se considere as histórias e condições territoriais de produção da vida (BRASIL, 2018).

Por fim cabe ressaltar que ao construir esse diagnóstico a equipe multiprofissional de residentes pretende contribuir para o fortalecimento do serviço oferecido pela CFASF, sobretudo em contexto de reestruturação da atenção primária no município do Rio de Janeiro. Reforçamos aqui o compromisso com o fortalecimento da saúde da família como principal estratégia na organização, expansão e consolidação da atenção básica e portanto como fortalecedora do sistema único de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Construir um diagnóstico situacional participativo, para identificar as necessidades sociais em saúde, vulnerabilidades, fragilidades e potencialidades do território da Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira, com ênfase no território da equipe Pau Ferro.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar potencialidades, fragilidades e desafios do território em questão;
- Identificar as redes de serviços e apoio da população;
- Atualizar o mapa de risco do território;
- Levantar dados epidemiológicos e subjetivos;
- Propor intervenções de produção de cuidados em saúde.

4. PERCURSO DA PESQUISA

A metodologia empregada neste trabalho é estruturada a partir de correntes teóricas de pensamento que subsidiem nossa compreensão das necessidades sociais de saúde pela lógica do direito e da cidadania. Nesse sentido o pano de fundo das análises aqui realizadas são o da compreensão territorial a partir de sua construção histórico-social (FARIA; BORTOLOZZI, 2009; CARVALHO; LAGO, 2019), o da saúde como um direito universal e inalienável (C.F, 1988), e o das políticas que dão importantes diretrizes ético-políticas para o fortalecimento e consolidação do SUS (BRASIL, 2018; 2009b; 2009c)

Quanto aos métodos empregados, este trabalho foi realizado a partir da construção complementar entre métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa. O método quantitativo é direcionado para a obtenção e levantamento de dados que possam servir como esteio de análise e compreensão das necessidades de saúde do território. Já o método qualitativo refere-se a compreensão para além do caráter objetivo, tendo em vista que o território da saúde trabalha fundamentalmente com relações subjetivas e dada a potencialidade destas na análise dos dados e informações encontradas (MINAYO, 2006).

O presente Diagnóstico Situacional Participativo se estrutura a partir dos seguintes eixos:

- 1) Levantamento bibliográfico sobre a história dos bairros de abrangência da CFASF, portanto, Água Santa, Encantado, Engenho de Dentro, Méier, e Piedade;
- 2) Levantamento de dados nas plataformas de dados em saúde utilizadas no município do Rio de Janeiro, como DATASUS, SUBPAV, IBGE, TABNET, PMAQ, etc.
- 3) Realização de entrevista semiestruturadas com usuários, trabalhadores e lideranças comunitárias;
- 4) Discussão participativa e coletiva entre os membros da equipe e alguns membros da C.F. como gestora, preceptora, ACSs, etc.
- 5) Análise dos dados colhidos e construção das discussões a partir da perspectiva de métodos de pesquisa qualitativa, tais como etnografia, observação participante e aprendizagem significativa; e pelos referenciais teóricos apontados acima;

O levantamento de dados se deu a partir da utilização de plataformas de buscas *online* e, então, a estruturação de um compilado de informações delimitando os aspectos que seriam trazidos dos bairros para a discussão. A verificação dos dados em relação aos indicadores referente a CFASF ocorreu com a utilização dos sistemas de informação: SUBPAV, DATASUS, IBGE e VITACARE, TABNET, DATARIO, SISAB, SISVAN, PMAQ, E-GESTOR AB.

Utilizaremos o referencial etnográfico metodológico apontado por Velho (1980) e Da Matta (1978) ao tratar de abordagens para com o conhecido (familiar) e o estranhado (exótico) a partir de uma perspectiva antropológica que permita uma aproximação com essas duas dimensões da realidade e dos encontros. Estes autores estudam o território a partir da observação das relações humanas e com os espaços existentes, bem como privilegiam a narrativa de vida, dessas pessoas, como fonte potencial da história do lugar. Também utilizamos o referencial teórico metodológico de narrativa de vida proposto por Daniel Bertaux. Bertaux define a narrativa de vida (*lifestory*) como estudo sobre a vida de um indivíduo, grupo ou região que inclui além da narrativa de vida, documentos que possam ser consultados de cunho histórico, bem como testemunho de colegas e parentes, e designa o relato de vida narrados tal como a pessoa vivenciou (SANTOS; SANTOS, 2008).

A história de vida permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa, e portanto, contempla a história ou histórias de um território. Dessa forma, para delinear o ato de contar as narrativas foi utilizada a ferramenta da entrevista semiestruturada onde a partir da fala da (o) entrevistada (o) outros questionamentos ou aprofundamentos sobre algum tema que fosse relevante à elaboração do DPS possa ser conduzido e direcionado.

5. DISCUSSÃO

A construção desse diagnóstico é produto da imersão da equipe multiprofissional de residentes nos processos de territorialização da unidade de saúde. A territorialização é entendida aqui como um amplo processo de vivência e imersão na dinâmica social do território em que atua a CFASF (GONDIM; MONKEN, 2009). O objetivo foi a compreensão dessa dinâmica a fim de que pudéssemos realizar o levantamento das condições e necessidades em saúde da população adscrita. Apresentaremos e discutiremos a seguir alguns eixos centrais para construção do perfil das necessidades e demandas em saúde do território.

5.1 Conhecendo o Território

Neste eixo trazemos a discussão sobre um dos aspectos centrais do diagnóstico, o território. Compreendido através de variadas matrizes teóricas, entendemos o território como elemento dinâmico e constitutivo da vida social, ou seja, a partir da compreensão dialética da realidade, o território é processo, produto e (re)produtor das relações sociais nele expressas (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Entendido dessa maneira, a dinâmica territorial é produtora de condições específicas de adoecimento, da mesma forma que contém em si potentes elementos de promoção da saúde. O território como resultado de situações históricas, ambientais e sociais particulares permite que compreendamos que a população que ali se integra e se relaciona carece de problemas e necessidades de saúde particulares e oriundas daquela dinâmica social. O território “apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geográfica, também um perfil demográfico, epidemiológico e administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente transformação” (GONDIM; MONKEN, et al., 2008 apud MENDES, 1993; BARCELLOS e ROJAS, 2004).

Foi a partir da perspectiva trazida aqui que nos dispusemos ao levantamento de dados, análise e compreensão da dinâmica do território de abrangência da Clínica Amélia dos Santos Ferreira.

5.1.1 Às mulheres, lavar, passar, Cozinhar; se loucas, o hospício: do Samba à Loucura, As Dores e Delícias de Ser Amélia

Seja em torno do samba, da linha férrea, da literatura e/ou do estigma da loucura, o território que compreende a área de abrangência da CFASF é rica, vasta e pouco documentada. Dessa maneira construímos esse relato e reconstrução cultural através das narrativas e da história oral partindo do que se teve acesso até o momento, história e a cultura

do local. Delineando a história partindo do nome da Clínica, é impossível não falar da história do samba na cidade do Rio de Janeiro.

O samba é denominado por alguns historiadores como negro-africano, que surge como “samba” nome no início do século XX. Entendendo a história desse território como local de exploração escravocrata com os engenhos de açúcar e cultivo de café, após a forjada abolição, as pessoas negras instituíram suas moradias nesta região. Nesse sentido, até hoje, trata-se uma área onde aproximadamente 59% da população se autodeclara negra (pretas e pardas) e é uma área suburbana, em termos de vulnerabilidade social, com muitas zonas de favelas e comunidades (MULTIRIO,[s/d]).

A música de Mário Lago “Ai, que saudade da Amélia”, interpretada por muitos artistas até os dias atuais, foi uma homenagem a Amélia dos Santos Ferreira (1910 – 2001) uma importante rezadeira da região. Sua neta, Mãe Tânia, nos conta quem foi Amélia, sua relação com território e suas práticas de assistência e trabalho na região na região. Em seu relato descreve sua avó com “três sacolas grandes de roupas, andando até o outro lado do Encantado entregando as roupas que lavou”. Mãe Tânia faz algumas críticas ao samba, em especial ao trecho “*Às vezes passava fome ao meu lado/ E achava bonito não ter o que comer*”, pois segundo ela, nunca se passou fome na casa de sua avó. A música é alvo de muitas críticas feministas nos dias de hoje, é decorrência do trecho “Amélia que era mulher de verdade”. Mãe Tânia entende que o machismo presente na letra da música, era algo muito comum, naturalizado e pouco discutido no tempo de sua avó, e portanto pressupõe uma contextualização histórica. Para ela muito mais do que a crítica ao machismo a música expressa o quanto Amélia era trabalhadora e reconhecida pelas suas ações e que por isso foi um bom exemplo para as mulheres da época.

A partir da fala de Mãe Tania podemos realizar a crítica contida na canção, contextualizando o período histórico em que foi composta, e sem relativizar o machismo ainda presente nos dias atuais. Percebemos no samba a reafirmação do lugar e papel da mulher na sociedade, como produtora e reprodutora da lógica do trabalho doméstico e subordinado, em um período importante para a ascensão feminina e pleiteamento do lugar no mercado de trabalho: 1942 no meio da segunda guerra mundial. Salientando, então, que embora o samba seja um importante marco da cultura popular brasileira sobretudo, no Rio de Janeiro, possui em suas raízes, o machismo histórico que se apresenta até os dias atuais.

Talvez não diretamente relacionado a Amélia, mas de alguma forma retratando a situação de muitas famílias do período, o trecho “*Às vezes passava fome ao meu lado/ E achava bonito não ter o que comer*” faz referência a situação de insegurança alimentar, que

ainda que romantizado na música, expressa claramente uma situação de vulnerabilidade vivida até hoje por muitos usuários do território

Para além do samba, o território traz história manicomial que surge em meados do século XIX. A partir do Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841, homologa-se a fundação do Hospício de Pedro II destinado privativamente para o tratamento de alienados. Segundo dados do Centro Cultural do Ministério da Saúde – CCMS (BRASIL, s/d), a construção do primeiro Hospital foi realizada no bairro Botafogo, Praia Vermelha, onde na época era conhecido como Chácara da Capela. A estrutura arquitetônica do Hospício seguia os moldes de um palácio imperial, incluindo pedras nobres, azulejos e estátuas em mármore de Carrara.

Contemplando a força religiosa da época, no centro da construção havia uma capela no andar superior, e a farmácia no térreo. O CCMS destaca que para alguns historiadores esse aspecto se refere a ideia da relação entre o material e o espiritual, em que a capela está em um plano mais elevado que o restante da estrutura, reafirmando a superioridade da religião em relação à ciência, e, portanto, da cura.

Com o passar dos anos, ao final do século XIX, destaca-se a superlotação, em período imediatamente após a “abolição” da escravatura, a proclamação da independência do Brasil, destituindo a força da religiosidade católica e a estabelecendo a possibilidade de instauração de um Estado laico inclusive na construção de Hospitais psiquiátricos, tem-se a criação das Colônias de Alienados.

Partindo do pressuposto que a organização dentro do Hospício era dividida por gênero e classes sociais, as pessoas consideradas alienadas indigentes foram realocadas para outros espaços. Dessa forma, os homens para o Hospital Nacional de Alienados, as Colônias São Bento e Conde de Mesquita no bairro Ilha do Governador, e as mulheres foram realocados na Colônia de Alienados de Engenho de Dentro (BRASIL, [s/d]).

A denominação Colônia é sugestionado por tratar de áreas rurais e agrícolas, entendendo, dessa forma que eram locais que deveriam receber o excesso de pacientes crônicos ou incuráveis que oneravam a assistência, e impediam a soberania do Hospício como local de cura. Os médicos do Hospício Pedro II defendiam a ideia da consolidação desse espaço como local de cura, porém os senhores de engenho e setores do governo o consideram como depósito de indigentes incuráveis. Essa concepção de cura como um tratamento moral para pessoas que eram consideradas seres racionais alienados, no qual o próprio trabalho delinear a terapia. No entanto, ao desacreditar na possibilidade de cura para essas pessoas, passou a se estruturar o trabalho como uma estratégia para os incuráveis, destinados a permanecer na instituição (SILVA, 2017).

Em 1999, o Colônia de Alienados de Engenho de Dentro é municipalizada e recebe o nome de Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS) que visa modificar os métodos de tratamento para pessoas com transtornos mentais. Nise da Silveira, médica psiquiatra revoluciona a abordagem clínica de pacientes psiquiátricos, criando uma oficina de Terapêutica Ocupacional a fim de aliviar a dor do conflito psicológico. O objetivo da modificação de Colônia para IMNS revela um reconhecimento ao trabalho relevante junto às instituições de Saúde Mental e ao pioneirismo das ações de luta antimanicomial (BRASIL, [s/d]).

Com o desafio de atender uma população heterogênea, a Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira tem em sua adstrição um amplo território geográfico, apresentando características diversificadas de relevo e sendo composto majoritariamente por planícies e planaltos, sobretudo nas regiões mais periféricas.

Trata-se de um território separado por uma importante via de transporte terrestre, a avenida Governador Carlos Lacerda, a Linha Amarela, cuja construção foi bastante demorada e problemática e trouxe alguns impactos para o bairro. Apesar de indiscutivelmente as opções de transporte e locomoção melhorarem com a chegada da linha amarela, para sua construção foi necessário a desapropriação de muitas famílias para a demolição das casas. A construção dessa via no território trouxe consigo mudanças significativas na apropriação comunitária desta parte do bairro, que segundo alguns relatos perdeu algumas características dos tradicionais bairros de subúrbio, como a calma e o sossego, e a segurança das crianças de brincarem na rua e das famílias sentarem as portas de sua casa para conversarem no fim de tarde.

A clínica cobre parte dos bairros do Encantado, Méier, Água Santa, Piedade e Engenho de Dentro, que apesar de possuírem aspectos comuns, dada a história da formação econômico-social da região, também apresentam peculiaridades, histórias e vulnerabilidades particulares.

Segundo IBGE (2010) a área correspondente aos cinco bairros tem 162.000 habitantes, tal como discriminado na tabela 1, abaixo:

Tabela 1 - População dos bairros assistidos pela CFASF

Território (Bairros)	Número de Habitantes IBGE (2010)	Percentual Representativo da População da Cidade do Rio Janeiro	Mulheres	Homens
Méier	49.828 hab.	0,79%	28.149 (56,5%)	21.679 (43,5%)
Água Santa	8.756 hab.	0,14%	4.043 (46,2%)	4.713 (53,8%)
Encantado	15.021 hab.	0,24%	8.772 (54,4%)	6.879 (45,6%)
Engenho de Dentro	45.540 hab.	0,72%	24.823 (54,5%)	20.717 (45,5%)
Piedade	43.378 hab.	0,69%	23.438 (54%)	19.940 (46%)

Fonte: IBGE, 2010

A MultiRio, mídia educativa da cidade, fez em 2015 uma série de reportagens sobre a história dos bairros do município do Rio de Janeiro, abordando algumas curiosidades. Segundo essa série, o Engenho de Dentro reproduz uma vocação para o esporte e a cultura, foi o lugar no qual funcionou a maior rede de oficinas ferroviárias da América Latina e abriga hoje o museu do trem que mantém a memória do passado do bairro. Atualmente, possui o Estádio Olímpico João Havelange, conhecido como “Engenhão”, cujo o entorno é utilizado como área de lazer pela população e inclusive é utilizado em algumas campanhas pela Academia Carioca de Saúde da CFASF, em parceria com o Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão. Já o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, um dos grandes símbolos e referências do imaginário social construído do território, abriga o Museu de Imagens do Inconsciente, com um acervo em torno de 3.500 obras produzidas pelos pacientes do Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação, que foi dirigido pela Dra. Nise entre 1946 e 1974.

Piedade é um bairro de grande extensão territorial, cujos limites fazem divisa com os bairros de Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Pilares, Tomás Coelho, Abolição, Encantado, Água Santa e Freguesia. Nele situam-se as comunidades Jardim Piedade, conhecida como Caixa D'Água, Morro do Dezoito, Morro dos Marianos e Engenheiro Alfredo Gonçalves. De origem rural, como a maioria dos bairros do entorno, antigamente era conhecido como Parada ou Estação Gambá. Algumas histórias locais referenciam que o nome originou-se do fato de existirem muitos gambás na região. Já outras versões trazem a explicação de que a região

ficou conhecida como gambá pela grande presença de pessoas embriagadas que circulavam pelos botecos locais, em associação ao mau cheiro daqueles. Sobre a mudança do nome para Piedade existem três versões: a primeira é uma homenagem à dona Maria de Piedade, mãe do barão de Angra Elisário Antônio dos Santos, que administrava a estrada de ferro na época da inauguração; a segunda seria uma homenagem a Nossa Senhora da Piedade, protetora da região; e a versão mais conhecida é a de que os moradores enviaram uma carta ao diretor da Estrada de Ferro Central do Brasil pedindo a troca do nome pejorativa. Contam que a carta dizia: “ Por piedade, doutor, troque o nome da nossa estaçõzinha...” e assim o nome teria sido trocado, para Piedade. O fato é que o bairro de Piedade é um dos bairros mais antigos e tradicionais do subúrbio carioca, e como tal é recheado de memórias e histórias. Uma dessas histórias e fato marcante do bairro foi o assassinato de Euclides da Cunha, autor de *Os Sertões*, em função de um romance proibido com a esposa de um cadete do exército. Esse episódio foi retratado nos jornais e ficou conhecido como “Tragédia da Piedade”.

Já o bairro do Méier sempre foi o “primo rico” da região. Já dizia João Nogueira “O Méier sempre foi o maioral. É a capital dos subúrbios da Central” (Trecho do *Samba do Méier*, de João Nogueira) . O nome do bairro tem origem no casamento da Jerônima Duque Estrada com o encarregado pelas roupas da corte imperial, descendente de alemães, o comendador Miguel João Meyer, no século XIX. Tendo iniciado sua história com a doação de suas terras pelo fundador da cidade do Rio de Janeiro, Estácio de Sá, aos jesuítas, foi terra de engenhos de açúcar, cultivo de frutas e hortaliças, garimpo e escravidão. Pessoas escravizadas alforriados construíram moradia na área conhecida atualmente como Serra dos Pretos Forros, divisa com Água Santa.

Falando em Água Santa, esse bairro ganhou esse nome, pois em 1988 o ex-escravizado Domingos Camões descobriu na região uma fonte de água mineral, que foi a segunda fonte hidromineral do Rio de Janeiro. Em 1914 nasceu a empresa de Águas Santa Cruz Ltda., que continua ativa no bairro. O bairro faz limite com Jacarepagua, Freguesia, Piedade, Encantado, Engenho de Dentro e com a Serra dos Pretos-Forros do Méier e abriga em seus limites o presídio Ary Franco, que segundo reportagem do jornal O Globo¹ , possui 70 celas, sendo a maioria subterrâneas. Com uma população de carcerários pelo menos duas vezes maior do que a capacidade, já foi associado a masmorras medievais e pode ser analisado enquanto uma versão contemporânea das senzalas no Brasil.

1

matério do O Globo de 24/02/2016 assinada por Otaviano Costa (in:<https://oglobo.globo.com/rio/no-ary-franco-presos-dividem-galerias-com-ratos-morcegos-18735542>, acessado em 22/07/2019)

Há quem diga que o nome do bairro do Encantado está relacionada ao Rio Faria, que possuía em suas águas o poder de tragar tudo que nelas caísse, inclusive com o sumiço de um charreteiro que caiu nas águas. Segundo o IBGE (2019), tem como limites os bairros de Água Santa, Piedade, Abolição e Engenho de Dentro. Predominantemente residencial, possui uma das principais vias de acesso rápido da cidade do Rio de Janeiro, a linha amarela e, é cortado pela Estrada de Ferro Central do Brasil, administrada pela SUPERVIA. As comunidades localizadas no bairro são: a Travessa Bernardo, o beco do Vitorino, o Morro do Pau Ferro, Social Clube Marabu e a Fazendinha.

Apesar das particularidades de cada um dos territórios, tal como apresentado acima, conseguimos identificar algum nível de homogeneidade na região como um todo. Alguns traços do passado rural por exemplo ainda podem ser encontrados em cada um dos 5 bairros, de forma que é comum circular por algumas dessas regiões e perceber que ali ainda existem muitas regiões de sítios e com criação de animais. Da mesma forma os seguidos movimentos de povoamento da região vem se dando de maneira contínua, acompanhando os processos de urbanização pelos moldes do subúrbio, muitas vezes acompanhados pela precarização das relações sociais que podem ser traduzidas pela velocidade com que o processo de favelização vem acontecendo ao longo da história de construção do território.

5.1.2 Aspectos socioeconômicos: Acesso ao lazer, cultura, transportes e renda

Um dos marcos importantes da constituição do território foi a chegada da linha férrea na região, nesse momento a região que era majoritariamente rural começa a se transformar pela urbanização. Os bairros que começam a se constituir são os tradicionais bairros de população trabalhadora, que começam a povoar o entorno de um dos principais meios de transporte do início do século passado: o trem.

Percebe-se portanto que a região de abrangência da CFASF, em virtude da heterogeneidade dos bairros que compõem o território, põe o desafio de responder à essa diversidade cultural e social a partir das necessidades sociais em saúde distintas que possam ali surgir. A complexidade desse desafio pode ser expresso, por exemplo, pela evidência na fala das pessoas entrevistadas no que se refere às dificuldades de acesso ao lazer, esporte, cultura, trabalho e renda, ou pela diversidade e variedade religiosa encontrada na região.

Sobre a dimensão de acesso cultural, lazer e esportes do território, nas entrevistas realizadas com moradores, moradoras da área de abrangência da CFASF foi informado que em um momento anterior à própria construção da Clínica ocorriam no espaço onde se localiza o Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS), conhecido como Complexo Nise, atividades

de alongamento e esportes, bem como alguns cursos, que eram abertos a toda a comunidade do local. Atualmente, o Complexo do Nise contempla alguns espaços que são de uso coletivo e não restritos às pessoas com questões de saúde mental. Neste espaço acontecem atividades do programa Academia Carioca da Saúde, e outras atividades culturais, artísticas e de lazer como: Saraus, oficinas de danças circulares e Biodanza², e apresentação artísticas. No entanto, ainda em relação às entrevistas realizadas ficou evidente que a população que não é acompanhada efetivamente pelos dispositivos do Complexo do Nise, com exceção da Academia Carioca, não tem conhecimento ou não se apropria dessas atividades oferecidas atualmente.

Além disso, foi possível mapear alguns pontos da região que são utilizados com finalidade de lazer e esporte. No território da equipe Monteiro da Luz existe uma quadra poliesportiva em que ocorre algumas atividades como dança. No território da equipe Fazendinha existe um tradicional clube, o Várzea, que segundo entrevistados, tem se tornado perigoso em virtude das disputas e violência entre poder do tráfico e o Estado. A partir das entrevistas e conhecimento do território identificamos que os bairros do entorno são bairros de transição³, com fluxo intenso de carros, mas com poucos locais de lazer, de esporte e de comércio.

Sob a esfera da religiosidade do território existe um cenário heterogêneo e diverso onde há igrejas católicas, protestantes, centros espíritas e centros religiosos de matriz africana. Uma das lideranças do território, mãe Tânia, é praticante da religião do Candomblé e perfila com muita estima entre a população da região. Nesse sentido, não conseguimos identificar, até o momento, nenhuma situação de discriminação ou intolerância religiosa, o que nos foi confirmado pela própria Mãe Tânia, ao ser questionada quanto a questão, o que nos aponta uma importante característica potencial do território: a da diversidade e tolerância religiosa.

No que se refere a educação, o território possui 7 escolas: Escola Especial Municipal Dr. Ulisses Pernambucano; Escola Municipal Brigadeiro Faria Lima; Escola Municipal Tobias Barreto; Escola Municipal Virgílio de Melo Franco; Escola Municipal Edgar Sussekind de Mendonça; Escola de Desenvolvimento Infantil Escultora Lygia Clark; e Escola Municipal El Salvador e na proximidade, porém não contemplada na área da CFASF existe a Fundação de

2

Biodanza tem origem hispânica e significa dança da vida. Trata-se de uma modalidade de dança circular. ou seja, dança em roda, que entende a conexão com o próprio corpo, as emoções, sensações e afetos.

3

Nesse contexto, o termo bairro de transição é entendido por ser um bairro marcado pela característica de ter grande tráfego de pessoas se dirigindo para a região comercial do Méier, e áreas centrais do município.

Apoio à Escola Técnica - FAETEC - que não parece ser muito acessado pelos moradores da região, já que não foi citado nas entrevistas.

Em contrapartida, no local onde era localizada a Universidade Gama Filho, a primeira universidade dos subúrbios carioca, havia um potente comércio, sobretudo de alimentos contando com lanchonetes e barracas de rua, porém com o encerramento das atividades da instituição, o entorno atualmente foi declarado por algumas pessoas entrevistadas como abandonado. A região, por conta da universidade, costumava ser uma importante fonte de geração de renda para algumas famílias que encontravam dificuldade de realizar atividades de comércio em outros pontos do território.

Paralelo ao dito, no que tange as opções no que se refere ao trabalho e fonte de renda na região, de acordo com as entrevistas realizadas são bastante precárias, já que se tratam de bairros de transição, sem muitos comércios, empresas, com pouca movimentação nas ruas. Nesse sentido foi relatado que são bairros majoritariamente residencial, onde as pessoas necessitam ir para outros bairros para trabalhar e somente retornam para o descanso noturno (com exceção do Méier, quem em realidade é o grande centro comercial do entorno, mas que a área de cobertura da clínica, quase não o abrange). Além da região ser majoritariamente residencial, com alguns pontos de comércio, observa-se que as possibilidades de transporte público são variadas, donde o território é contemplado por diversas linhas de ônibus que se ligam a áreas como o centro da cidade, Jacarepaguá, Barra da Tijuca, Região da Grande Tijuca, Cascadura e Madureira, além da linha férrea (Engenho de Dentro e Méier) com os ramais Deodoro, Santa Cruz e Japeri. Ainda acessa uma das principais vias rápidas do município do Rio de Janeiro, a Avenida Governador Carlos Lacerda, conhecida como Linha Amarela, que liga a Zona Norte à Zona Oeste.

Considera-se que o acesso até clínica é facilitado, tanto para trabalhadores da clínica como pela população adscrita à unidade, dada a variedade de transportes e também por se localizar em região asfaltada, ainda que algumas dificuldade em relação a sinalização no entorno da clínica fossem identificadas. A região mais distante da clínica é a da equipe Silva Braga.

5.1.3 Mapa Vivo: um olhar sobre o território

A cartografia é uma ferramenta muito utilizada no planejamento em saúde. A visualização espacial através do mapeamento dos riscos, vulnerabilidades, equipamentos sociais e serviços de saúde do território auxilia no processo de seu diagnóstico, identificação dos problemas, necessidades de saúde e potencialidades (PEREIRA; BARCELLOS, 2006;

LACERDA et al, 2012). Além disso, é atribuição comum entre todos profissionais de saúde da atenção básica a participação do processo de territorialização e mapeamento do território adscrito, identificando riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2017c).

Durante a pesquisa bibliográfica foram identificadas diversas ferramentas de mapeamento diferentes. O conceito de mapa inteligente, ou mapa vivo, “expressa o território como espaço de vida e de convivência, por isso um “território vivo”, cuja realidade registrada é percebida e significada de forma peculiar pelas pessoas que o habitam e/ou ali trabalham” (KLEBA et al, 2015). O termo *Mapa de Activos en Salud* é utilizado para o registro cartográfico dos recursos que melhoram a capacidade das pessoas e populações a manter a saúde e o bem estar (CUBILLO-LLANES et al, 2018), em suma, suas potencialidades.

O mapeamento de risco surgiu com o movimento sindical operário italiano no início da década de 1970 enquanto uma “representação gráfica de um conjunto de fatores presentes nos locais de trabalho, capazes de acarretar prejuízos à saúde dos trabalhadores” (MATTOS; FREITAS, 1994) e foi parte integrante da Reforma Sanitária Italiana. O mapa de risco em saúde aparece na literatura, fundamentalmente, enquanto ferramenta ocupacional, voltada a saúde do trabalhador.

O conceito de *risco coletivo*, associado a uma determinada população em um determinado território, norteou a atividade de mapeamento deste trabalho. Tal conceito não deve ser entendido como um somatório dos riscos individuais destes habitantes, mas uma análise das sinergias e interrelações entre os determinantes sociais enquanto geradores de fatores de risco (SCHRAMM; CASTIEL, 1992 apud AKERMAN; BOUSQUAT, 1999).

Nesse sentido, mesmo incorporando os diferente conceitos de mapeamento em saúde, este trabalho utilizou o Mapa Vivo enquanto ferramenta de diagnóstico. Sua construção foi realizada em duas etapas: coleta participativa de dados e a construção propriamente dita do mapa. Foram mapeados os equipamentos sociais mais relevantes para o território, como igrejas, terreiros, centros espíritas; escolas públicas e asilos; além de espaços de lazer; quadras ou campos esportivos; vulnerabilidades; riscos relacionados à violência armada e assalto; riscos sanitários; tráfico de drogas ilícitas.

Cabe ressaltar que no início do processo de construção deste diagnóstico situacional participativo foram realizadas visitas para o (re)conhecimento das áreas das equipes da clínica. Além disso, o mapa do território adscrito já preexistente, foi utilizado para melhorar a compreensão da área de abrangência da unidade.

A coleta de dados foi realizada por equipe, e em algumas equipes por microárea, com a participação dos ACSs. Foram entregues mapas impressos da área de cada equipe com um

quadro descrevendo as categorias a serem identificadas por esses trabalhadores. Além da identificação no mapa foi pedido que se descrevesse o nome da rua em que o dado equipamento se localizava.

A segunda etapa consistiu na sistematização e categorização das informações coletadas e na diagramação do mapa, coletado no sítio eletrônico *Google Maps*, no programa *Adobe Photoshop CS6*. A figura 1 ilustra o mapa produzido.

Uma das dificuldades observadas foi a disparidade nos dados coletados entre as equipes que, em parte, justifica-se pela diferença entre os territórios delas. Porém, por outro lado, pode estar relacionado à uma falha de comunicação, entre os residentes e os ACSs, na construção do entendimento conceitual das categorias, principalmente no que tange aos riscos e vulnerabilidades.

Quanto ao quesito vulnerabilidade, o relatório de gestão 2018 (CARVALHO, 2019) destaca o processo de favelização que o território vem sofrendo, apontando que ao todo 10 áreas podem ser consideradas como favelas segundo parâmetros do IBGE. São elas as comunidades do Dezoito, Engenheiro Clóvis Daudt, Fazendinha, Granja Paulo de Medeiros, Serra do Padilha e Várzea, localizadas no bairro de Água Santa; Também Beco Vitorino, Cardoso de Mesquita, travessa Bernardo, localizadas entre os bairros de Água Santa e Encantado; e ainda a parte da serra dos Pretos Forros, próximo ao clube várzea.

Essas áreas estão espalhadas ao longo da região, explicitando mais uma vez o caráter econômico e social heterogêneo do território. A área adscrita da CFASF é dividida entre 8 equipes, são elas: Fazendinha, Silva Braga, Camila Bravo, Pau-Ferro, Francisco Fragoso, Fagundes Varela, Poconé e Monteiro da Luz, sendo as 4 primeiras as mais vulneráveis.

Utilizamos alguns parâmetros para elaborar a discussão de vulnerabilidade do território, como a qualidade das habitações, coleta de lixo e rede elétrica.

Na Tabela 2 está discriminado, em termos percentuais, segregados por equipe, os tipos de habitação no que se refere a residência/moradia.

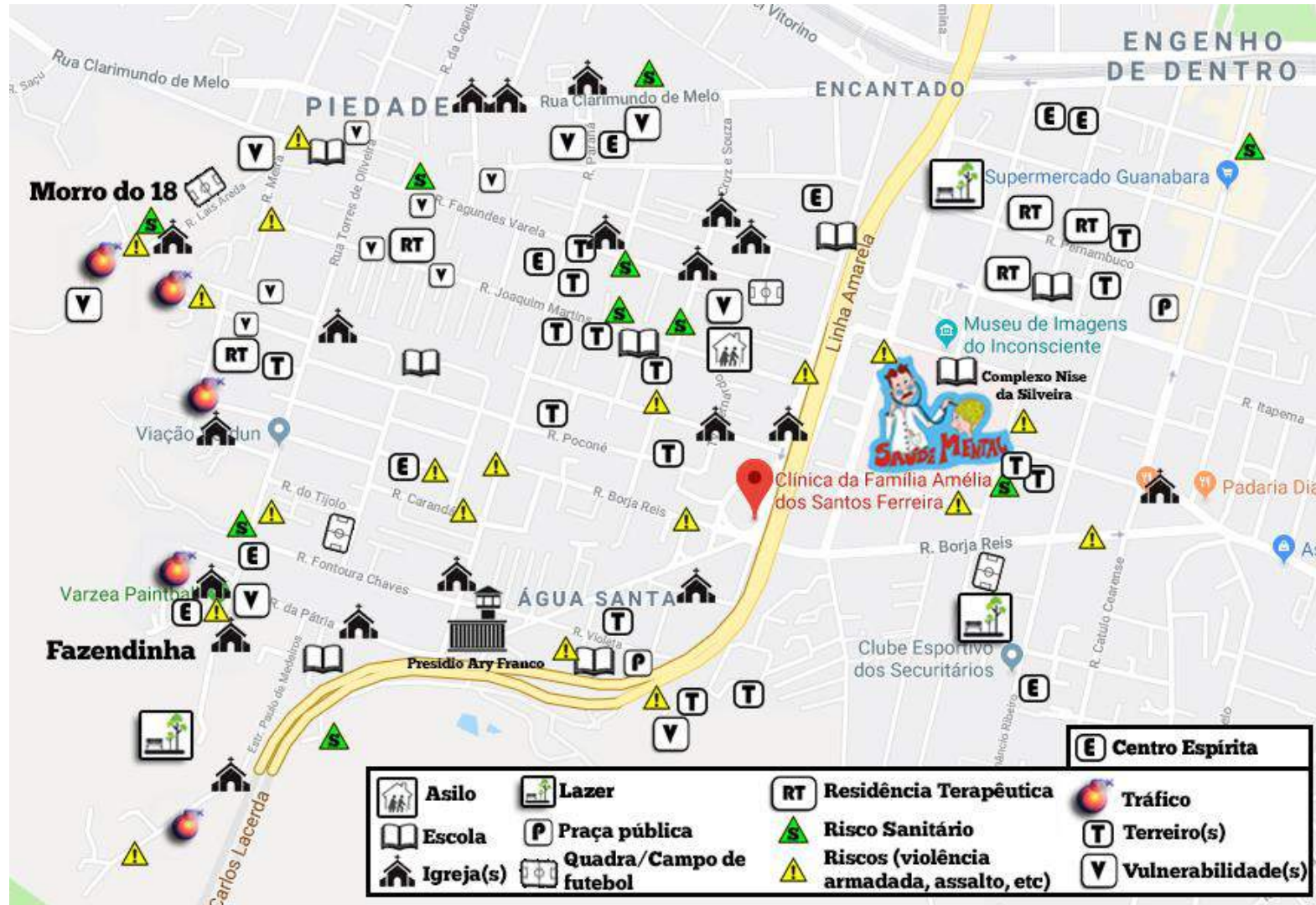
Por estar localizada em uma região antiga do subúrbio carioca e a partir da análise dos dados da Tabela 2, constata-se que a maioria, média percentual 97,78%, das casas da região são de alvenaria/tijolo com revestimento. A única região de abrangência da unidade que apresentou uma porcentagem inferior a 90% foi a região da Fazendinha (89,93%), sendo esta a região de maior vulnerabilidade da unidade. Desta forma,

se torna possível associar a vulnerabilidade à precariedade no acesso à garantia de direitos e proteção social, caracterizando a ocorrência de incertezas e inseguranças e o frágil ou nulo acesso a serviços e recursos para a manutenção da vida com

qualidade (CARMO et al., 2018, p. 07).

Apesar da região da Fazendinha ser considerada a região de maior vulnerabilidade da CFASF a mesma foi a única que não apresentou, até a coleta desses dados, casas de madeira

Figura 1: Mapa Vivo da CFASF



Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 2 - Porcentagem por equipe, dos tipos de construção das casas
na Região de Abrangência da CFASF**

Tipo de construção das casas	Camila Bravo	Fagundes Varela	Françisco Frago so	Fazendinha	Monteiro da Luz	Pau Ferro	Poconé	Silva Braga
Alvenaria/Tijolo com revestimento	99.74%	98.66%	99.09%	89.93%	99.42%	97.31%	99.47 %	98.64%
Alvenaria/Tijolo sem revestimento	0.17%	1.25%	0.51%	10.13%	0.48%	2.58%	0.49%	1.13%
Taipa com revestimento	0.00%	0.0%	0.00%	0.07%	0.00%	0.00%	0.00%	0.17%
Taipa sem revestimento	0.00%	0.0%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Madeira Aparelhada	0.00%	0.0%	0.12%	0.00%	0.00%	0.06%	0.00%	0.00%
Material Aproveitado	0.00%	0.0%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
Outros	0.09%	0.09%	0.28%	0.00%	0.1%	0.11%	0.04%	0.06%

Total	100%	100%	100%	100.13 %	100%	100%	100%	100%
-------	------	------	------	-------------	------	------	------	------

Fonte: VITACARE, 2019

aparelhadas, sendo a região da equipe Francisco Fragoso a que apresentou maior porcentagem 0,12%.

Constata-se, assim, que as residências da região que a CF abrange possuem uma melhor qualidade quanto ao material utilizado em sua construção, o que não descarta a periculosidade de desabamentos e desmoronamentos devido a construções irregulares e, em sua maioria, sem a supervisão correta de engenheiros. De fato, o território de abrangência da CFASF apresenta características sociais e de relevo que apontam para esse risco, dada a vulnerabilidade a que estão expostos. O território é constituído por ladeiras, escadarias, vielas e encostas, que podem ter seu acesso dificultado quando chove e muitas das quais não são acessadas por veículos.

Tabela 3 - Fornecimento de Energia Elétrica por equipe da CFASF

Energia Elétrica	Camila Bravo	Fagundes Varela	Fran cisco Frago so	Fazen dinha	Mon teiro da Luz	Pau Ferro	Poconé	Silva Braga
Não	0.69%	0.67%	0.24%	0.2%	0.19%	0.78%	0.3%	0.4%
Sim	99.31%	99.33%	99.76%	99.8%	99.81%	99.22%	99.7%	99.6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: VITACARE, 2019

Ao analisar o fornecimento de energia elétrica das residências da região de abrangência da CFASF, descrito na Tabela 3, obteve-se uma média percentual de 99,56% de residências que apresentam energia elétrica. Cavalcanti (2013) reforça em sua pesquisa que o acesso a energia elétrica é um direito fundamental variado, e torná-lo concreto, permite que os indivíduos busquem a concretização da sua dignidade e do seu desenvolvimento.

Tabela 4 - Tratamento de água no domicílio

Tratamento da água no Domicílio	Camil a Bravo	Fagundes Varela	Franco Fragoso	Fazendinha	Monteiro da Luz	Pau Ferro	Poconé	Silva Braga
Filtração	99.78%	99.73%	98.66%	94.33%	97.49%	94.45%	98.53%	92.06%
Cloração	0.09%	0.04%	0.00%	0.2%	0.00%	0.22%	0.34%	3.06%
Fervura	0.00%	0.04%	0.16%	0.2%	0.05%	0.34%	0.11%	0.85%
Sem Tratamento	0.13%	0.18%	1.19%	5.27%	2.61%	5.21%	1.13%	4.08 %
Total	100 %	99,99 %	100.0 1%	100%	100.15 %	100%	100.11 %	100%

Fonte: VITACARE, 2019

Em março de 2018, a Organização das Nações Unidas (ONU), lançou a agenda 2030 - “Objetivos para o desenvolvimento sustentável no Brasil”, dentre estes objetivos o de número 6 tem como objetivo assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos:

a água para consumo pessoal ou doméstico deve ser livre de micro-organismos, substâncias químicas e ameaças radiológicas que constituem uma ameaça à saúde da pessoa. Além disso deve ser de cor, odor e gosto aceitáveis para cada pessoa e uso doméstico.” Glossário de termos do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 6: Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todas e todos (ONU, 2018, p. 20).

Na tabela 4, é possível verificar que a média percentual de residências que não apresentam tratamento de água de nenhum tipo é de 1,82%. E a filtração foi o tratamento mais utilizado com média percentual entre as equipes de 96,87%.

Tabela 5 - Destino do lixo

Tratamento da água no do micílio	Camila Bravo	Fagundes Varela	Franco Frago	Fazendinha	Monteiro da Luz	Pau Ferro	Poconé	Silva Braga
Coletado	100%	99.91%	100%	99.6%	100%	99.94%	99.51%	99.89%
Queimado	0.00%	0.00%	0.00%	0.4%	0.00%	0.00%	0.00%	0.11%
Céu Aberto	0.00%	0.09%	0.00%	0.00%	0.00%	0.06%	0.49%	0.00%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: VITACARE, 2019

Analisando a Tabela 5, o destino do lixo também demonstra que em média, 99,85% das residências do território possuem coleta de lixo. No entanto, ao caminhar pelo território é possível verificar áreas de dispensação de lixo que não são retiradas pela coleta, sobretudo em áreas que são visivelmente mais vulnerabilizadas. Sendo assim, torna-se importante fazer uma análise criteriosa sobre uma possível subnotificação desses dados.

Segundo o Urban World Forum (2002), a sustentabilidade urbana pode ser definida a partir de um conjunto de prioridades, tais como a superação da pobreza, a promoção da equidade, a melhoria das condições ambientais e a prevenção da sua degradação. Inclui-se também o fortalecimento da vitalidade cultural, do capital social e da cidadania; além das inter-relações com questões de âmbito regional e global, como o

efeito estufa, que tem relação direta com a emissão de gases gerados na produção e disposição final de resíduos (McGranahan & Satterthwaite, 2002; IPCC, 2011). Sendo assim, a avaliação dos parâmetros dispostos na Tabela 2, 3, 4 e 5 possuem relevância na discussão não apenas da qualidade de vida da população como também dos determinantes sociais em saúde da população desse território.

No Brasil, segundo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD - (2010), 50% dos mais pobres ganham equivalente ao que ganham 1% dos mais ricos. Puchale e colaboradores (2019), apontam que ao se comparar o Brasil com outros países que possuem renda per capita semelhante, a pobreza brasileira mostra-se superior às demais. E, como sintetizado por Dawallibi et. al. (2014), apesar de ser um país de produtividade crescente, apresenta distribuição de renda muito desigual.

Com os dados apresentados pelo censo demográfico de cada município colhido pelo IBGE a cada década, o Índice de Desenvolvimento Social (IDS) determina o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza (CAVALLIERI; LOPES, 2008).

As Variáveis utilizadas no IDS a partir do censo demográfico IBGE (2010), segundo Cavallieri e Lopes (2008) possuem quatro dimensões:

I) Acesso ao Saneamento Básico

Nesta dimensão, utiliza-se a percentagem de habitações que possuem: serviço de abastecimento de água adequada, com canalização interna e estão ligados à rede geral; serviço de esgoto adequado que estão ligados à rede geral e domicílios com serviço adequado de coleta de lixo - aqueles que dispõem de coleta direta ou indireta de lixo

II) Qualidade Habitacional

Analisa-se o número médio de banheiros por pessoas em suas moradias.

III) Grau de Escolaridade

Identifica-se e analisa o percentual de analfabetismo em maiores de 15 anos; percentagem que chefes de domicílio com menos de quatro anos de estudo e com 15 anos ou mais de estudo;

IV) Disponibilidade de Renda

O Rendimento médio dos chefes de domicílio em salários mínimos; Percentagem dos chefes de domicílio com renda até dois salários mínimos e com rendimento igual ou

superior a 10 salários mínimos.

Na Tabela 6 abaixo é possível analisar os IDS e os indicadores constituintes, segundo áreas de planejamento, regiões de planejamento e administrativas bairros do município do rio de janeiro no ano de 2010, nela usamos como referência para análise comparativa a região XIII do Méier: Méier, Água Santa, Encantado e Piedade que são algumas regiões de abrangência da CFASF, como explicitado no item 1 deste diagnóstico.

Tabela 6 - Índice de Desenvolvimento Social (IDS) e seus indicadores constituintes, segundo as Áreas de Planejamento, Regiões de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros - Município do Rio de Janeiro - 2010 (adaptado)

Áreas de Planejamento, Regiões de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros	Índice de Desenvolvimento Social (IDS)	% de domicílios com serviço de abastecimento de água adequado	% de domicílios com serviço de esgoto adequado	% de domicílios com serviço de coleta de lixo adequado	Nº de banheiros por moradores	% de analfabetos com idade entre 10 a 14 anos	Rendimento domiciliar per capita em salários mínimos	% dos domicílios com rendimento domiciliar per capita até um salário mínimo	% dos domicílios com rendimento domiciliar per capita superior a 5 salários mínimos
Município do Rio de Janeiro	0,609	98,466	90,932	99,252	1,504	2,013	2,270	42,163	14,277

Região de Planejamento 3.2 – Méier	0,622	98,762	96,854	99,390	1,480	1,726	2,115	34,644	11,477
XIII Méier	0,629	98,776	96,859	99,744	1,507	1,628	2,251	31,100	12,400
Água Santa	0,607	99,760	88,471	99,960	1,324	0,969	1,928	35,934	9,444
Encantado	0,619	99,770	96,837	99,962	1,396	1,325	1,880	33,762	8,014
Engenho de Dentro	0,612	97,334	93,029	99,346	1,451	1,656	1,977	34,766	9,539
Méier	0,687	99,963	99,696	99,989	1,878	0,748	3,606	14,922	25,847
Piedade De	0,610	98,601	97,572	99,960	1,343	1,687	1,719	36,641	6,058

Fonte: adaptado de DATARIO, 2010.

Comparando o IDS do ano 2000, Cavallieri e Lopes (2008) demonstraram que os bairros Encantado (0,615); Engenho de Dentro (0,610); Água Santa (0,604); Piedade (0,602) apresentaram aumento do Índice em 2010 em relação aos valores correspondente ao início do século. Corroborando com essa transição no Desenvolvimento Social na primeira década dos anos 2000, Silva (2010) evidencia que a instituição de políticas públicas, como por exemplo, o programa de transferência de renda Bolsa Família, traz significativa e contínua diminuição da pobreza e da desigualdade no país desde 2001 ainda no governo de Fernando Henrique Cardoso. A redução da pobreza atrelado a

desenvolvimento econômico nos anos de 2003 a 2008, segundo dados do IPEA (2008), demonstra melhoria de renda de todas as famílias, diminuição do número de pessoas em extrema pobreza e indigentes.

Para finalizar o tópico de riscos e vulnerabilidades, apesar de não trazer dados objetivos que traduzam a situação, abordaremos através de levantamentos qualitativos e subjetivos, as implicações da violência na determinação das vulnerabilidades e riscos associadas a constituição das necessidades sociais em saúde. Tal como a realidade de diversas comunidades do Rio de Janeiro, a questão da violência urbana e estatal é atravessadora das condições de adoecimento da população e traz consequências para a dinâmica territorial.

Essas implicações se traduzem no contexto da CFASF diariamente, onde atualmente uma das regiões de abrangência da unidade, a da equipe fazendinha, encontra-se permanentemente em acesso seguro amarelo⁴. A região da fazendinha, que compreende parte da comunidade do 18, foi a única área que a residência não conseguiu acessar desde o início das atividades da CFASF. A comunidade tem passado por disputas de poder e incursões policiais que chegaram ao ápice ao final do primeiro semestre de 2019, quando a clínica precisou fechar as portas⁵.

Os dados e informações aqui trazidos e abordados, trazem apenas um pequeno vislumbre de algumas das condições de vida e socialização do território, que de longe esgotam as possibilidades e atravessamentos no território e população, dada a complexidade do território. Entretanto foram alguns dos pontos propostos pelo programa de residência, e outros identificados pela equipe de residência e que possibilitou uma visão um pouco mais ampliada sobre os determinantes e condicionantes das necessidades de saúde da população adscrita.

4

O acesso seguro é uma ferramenta adotada pela secretaria municipal de saúde, oriunda da metodologia empregada pela Cruz vermelha. A metodologia adaptada aos contextos das clínicas da família, permitem a classificação do território em parâmetros de verde, amarelo e vermelho, a fim de se mitigar ou reduzir as chances de risco, dado os contextos do território em questão.

5

Ver matéria publicada pelo jornal O Dia, em 01/07/2019 (fonte: <https://odia.ig.com.br/rio-de-janeiro/2019/07/5658885-dois-policiais-e-dois-suspeitos-sao-feridos-em-confronto-no-morro-do-dezoito.html#foto=1> - acessado em 21-07-2019).

5.2 REDES FORMAIS, INFORMAIS E RECURSOS COMUNITÁRIOS

Ao pensar o cuidado da população adscrita e as redes de apoio envolvidas nesse cuidado, o ponto de partida na construção desse debate é a autonomia do processo de saúde que as pessoas que compõem essa população, têm. Cada indivíduo tem sua singularidade, experiências pregressas, sua forma de compreender o mundo e de relacionar com ele, e é partindo desse princípio dialógico, que o cuidado deve ser gerado.

É sabido que sendo o sujeito um ser holístico, o seu cuidado não depende exclusivamente dos dispositivos formais de saúde, dispositivos da educação, da assistência, da segurança, mas também de redes informais de apoio, como grupos comunitários, centros religiosos, familiares e amigos, que são essenciais para o cuidado integral tanto do indivíduo, como da coletividade. Dessa forma, trazemos aqui algumas discussões e reflexões acerca da importância dessas redes e a maneira como ela acontecem no território em questão.

5.2.1 Redes formais e Recursos Comunitários

Dentro do território coberto pela CFASF existe o Complexo Nise da Silveira, com isso é possível perceber uma relação mais estreita entre a clínica e os dispositivos de saúde mental, educação e assistência social, que configuram parte das redes de apoio formais da população adscrita.

No espaço do Complexo da Nise da Silveira existe o Centro de Atenção Psicossocial Clarice Lispector, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III Raul Seixas, a Unidade de Pronto Atendimento - UPA Engenho de Dentro, Instituto Municipal Nise da Silveira, Cras Dr. Cabral Pinto, Creas Janete Clair, Conselho Tutelar o4 Méier. Além de residências terapêuticas e projetos de artes e oficinas de geração de renda. Outras redes de apoio formal existentes, incluem o Hospital Municipal Salgado Filho, que fica a aproximadamente 3,5 km da CFASF e, o Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil Maria Clara Machado, que fica à 2,3 km de distância.

Sobre as redes de apoio informais, fortemente presentes no território, destacam-se: centros religiosos, que são muitos e diversos - Centros Kardecistas, Centros de

Umbanda, Centros de Candomblé, Igrejas Evangélicas, Igrejas Católicas e Associações de Moradores. No anexo 1, elencamos os dispositivos e os recursos comunitários do território, ou passíveis de serem acessados pela população do mesmo.

5.2.2 Redes de Atenção

A Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), estruturando-a como uma estratégia de superação do modelo fragmentado de atenção e gestão do cuidado em saúde no SUS, a fim de qualificar o serviço ofertado, produzindo resultados sanitários e garantindo atenção contínua e integral a determinada população de um território.

De acordo com o Júnior (2014), o processo de criação e implementação do SUS derivou-se de um amplo processo de mobilização social, envolvendo diferentes segmentos na expansão de um conjunto de serviços para a população. Porém, tal processo não seguiu um sistema de planejamento e organização, inicialmente, produzindo baixíssima capacidade gestora e ocasionando a fragmentação das atividades desenvolvidas pelo SUS. Sendo assim, a dificuldade de produzir um modelo de atenção à saúde eficaz e estruturado, se tornou um desafio, marcando até hoje seus processos de cuidado em saúde.

Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos. (...) Os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo (MENDES, 2010, p. 2299).

Deste modo, a RAS se organiza, segundo o Ministério da Saúde (2010), para superar essa intensa fragmentação dos serviços, através de arranjos organizativos de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de apoio técnico logístico e de gestão, na busca pela oferta de uma ação contínua e integral para determinada população, contando com a ajuda da APS para coordenar o cuidado e ordenar a rede, visto que esta orienta seu trabalho na lógica territorial.

(...) Ter uma equipe mais permanente é típico de serviços básicos de base territorial, que tendem a construir relações de confiança e apoio permanente com os usuários (...). Pacientes crônicos e complexos, geralmente, precisam de múltiplos cuidadores, mas é muito relevante e tranquilizador ter um ponto de apoio permanente (...). (JUNIOR, 2014, p. 18)

Segundo o Mendes (2010), uma característica essencial das redes de atenção à saúde, é a população que está sob sua responsabilidade sanitária e econômica, sendo construída através das divisões de Regiões de Saúde, que definem os limites geográficos e a população que receberá um rol de ações e serviços. No Rio de Janeiro, as Regiões de Saúde são delimitadas pelas Áreas de Planejamento (AP), dividindo a cidade em 10 áreas. A CFASF está localizada na AP 3.2. Para que uma Rede de Saúde seja pensada e estruturada, é substancial estabelecer as necessidades de saúde dessa população específica, que é dotada de um contexto social, econômico e cultural.

(...) O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociossanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas. (MENDES, 2010, p. 2301)

É através do conhecimento das necessidades de saúde de determinada população, que se torna possível construir ações efetivas de cuidado. O diagnóstico situacional participativo também auxilia nesse processo, possibilitando maior conhecimento da área atuante, para assim poder propor ações. O estudo do perfil epidemiológico deve ser atual e constantemente revisto, para garantir a máxima da RAS, que se refere à prestar atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo.

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as

condições crônicas. (BRASIL, 2010, p. 15)

A horizontalidade da relação entre os pontos de atenção dos serviços que se relacionam na RAS, é fundamental para a construção de sistemas de saúde pautados nessa nova lógica de cuidado. A RAS deve se constituir de forma articulada, compartilhando o cuidado e o planejamento das ações. Não deverá haver hierarquias entre os diferentes componentes, sendo todos igualmente importantes para consolidar uma “(...) atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; (...)” (MENDES, 2010, p. 2300). Outro ponto fundamental para o fortalecimento da RAS, é ter um fluxo de comunicação e integração tecnológica do cuidado que está sendo oferecido para o usuário, para que todos saibam a linha de cuidado existente ali.

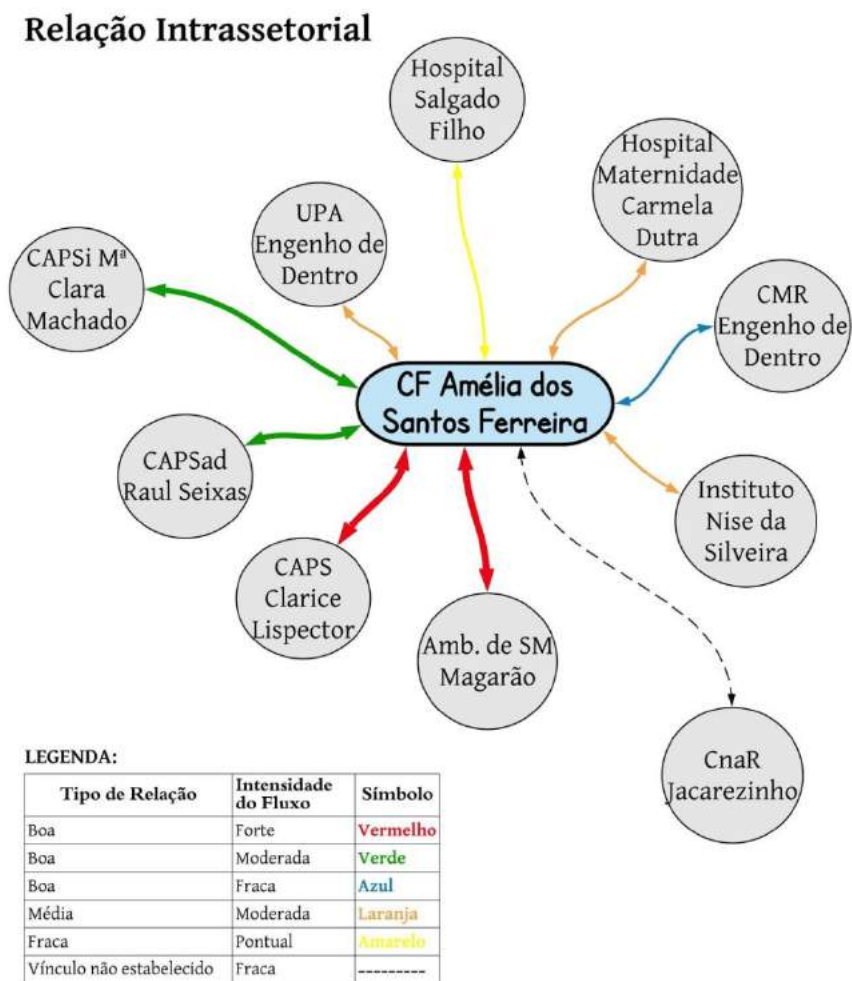
Também se torna necessário o estabelecimento de contratualizações com os mecanismos de financiamento do sistema, para garantir que os incentivos sejam baseados em critérios que estimulem a continuidade do cuidado, o compartilhamento das práticas e não apenas nos procedimentos realizados em determinado dispositivo, como é feito atualmente. O Colegiado Gestor deve contar com o controle social para garantir o direito à saúde dos usuários, pautado no conceito de integralidade. “(...) Por meio das RAS, o princípio constitucional da integralidade adquire concretude, materializando-se por meio das conexões e da integração das ações e dos serviços de saúde nos diversos territórios, articulados de forma supramunicipal” (COSTA, 2014, p. 4).

O desafio atual é tornar a RAS como base organizacional do SUS, transformando as Regiões de Saúde em regiões vivas de saúde, não meras divisões burocráticas, mas planejada de acordo com o mapeamento das necessidades de saúde de determinada população. A RAS que a CFASF dispõe e se relaciona, conta com os dispositivos da AP 3.2, expostos no anexo 2. Ainda não conseguimos, enquanto equipe, mapear e entender como se estruturam as relações da CFASF com todos os dispositivos da RAS, impossibilitando uma análise profunda sobre o seu funcionamento. Mas é possível perceber a potência existente nessa rede, através da quantidade de dispositivos existentes na AP 3.2 e da localização territorial de muitos serviços, que encontram-se próximos da CFASF, facilitando o contato e a construção conjunta do cuidado em saúde.

5.2.3 Rede Intrassetorial e esquema da relação de vínculo com a Clínica da Família

Os poucos meses de inserção na CFASF impossibilitam uma análise mais profunda em relação aos vínculos que a mesma estabelece com os outros dispositivos de saúde. Mas é possível observar que existe boa relação com a rede intrassetorial, com serviços de média e alta complexidade, como as UPAS, Hospitais e CAPS. Porém, também é possível observar que existe grande viabilidade de expansão da potência que essa rede pode alcançar, mas que ainda é pouco explorada. Encontra-se uma dificuldade na APS, em geral, em reconhecer e exercitar o compartilhamento de cuidado como algo efetivo no tratamento de usuários crônicos e complexos, destinando o cuidado apenas para um dos dispositivos da rede, não todos os possíveis para garantir a integralidade daquela prática em saúde. O trabalho com equipe multidisciplinar também é pouco operado, reafirmando assim, a fragmentação do cuidado em saúde. É um desafio intenso, mas altamente passível de ser superado, entendendo que a articulação e contato entre a rede intrassetorial e a CFASF acontecem de forma satisfatória.

Figura 2 - Mapa das Relações Intrasetoriais



Fonte: Elaboração própria

5.2.4 Rede Intersetorial, organizações sociais e esquema da relação de vínculo com a Clínica da Família

O vínculo da CFASF com a rede intersetorial foi mais possível de ser observado, pois existe uma estrutura já instituída de compartilhamento de cuidado, através de uma

supervisão do eixo de saúde mental, envolvendo diversos dispositivos da AP 3.2, como CAPS, CAPSi, CAPSad, Abrigos, Clínicas da Família, CRAS, CREAS, Centro de Convivência, Ambulatórios, entre outros, para pensar estratégias de fortalecimento dessa rede e das ações realizadas por ela.

Além disso, há um bom envolvimento com as escolas, através dos encontros bimestrais entre a CFASF e as 7 escolas assistidas por ela. É um momento de troca e de construção de planos de ação, em que pensam as atividades a serem desenvolvidas, dentro das metas que ambas precisam cumprir. Também é um espaço que pode ser potencializado, envolvendo mais atores nesse compartilhamento do cuidado, além de afinar as práticas já existentes, encontrando um modo de evitar realizar apenas o que já está preconizado pelos indicadores.

Outro ponto fundamental na consolidação das RAS é a presença atuante do Colegiado Gestor, que atualmente é realizado mensalmente, sendo um mês, local, no outro, uma união com o Complexo do Grande Méier. Nesses espaços o controle social é exercido, considerando a população como fundamental na construção das práticas em saúde e no fortalecimento do protagonismo do usuário. Poder reafirmar esse espaço que já existe e é potente, torna-se fundamental para auxiliar no processo de produção de uma saúde efetiva, integral, responsável e humanizada.

Figura 3 - Mapa das Relações Intersectoriais

Relação Intersectorial



LEGENDA:

Tipo de Relação	Intensidade do Fluxo	Símbolo
Boa	Forte	Vermelho
Boa	Moderada	Verde
Boa	Fraca	Azul
Média	Moderada	Laranja
Fraca	Pontual	Amarelo
Burocrática	Burocrático	Marrom
Vínculo não estabelecido	Fraca	-----

Fonte: Elaboração própria

5.3 CONHECENDO A CLÍNICA DA FAMÍLIA

A Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira possui 8 equipes, como já descrito em um momento anterior, são Pau-Ferro, Silva Braga, Francisco Fragoso, Fagundes Varela, Fazendinha, Camila Bravo, Monteiro da Luz e Poconé. Essas nomenclaturas foram definidas tomando como base o nome das ruas do território, com exceção da Camila Bravo que recebeu esse nome em homenagem a médica da equipe

Heitor Servan que faleceu na clínica. Abaixo, a

Figura 3 demonstra a delimitação territorial de abrangência da Clínica que é delimitada pelas ruas Rua Clarimundo de Melo; Rua Dr. Leal; Rua Dias da Cruz; Rua Borja Reis; Rua Dois de Fevereiro.

Segundo dados do Relatório de Gestão da Clínica (CARVALHO, 2019) a área de abrangência total da clínica compreende 242,62 hectares, e encontra dentro de seus limites uma parte da área de proteção ambiental (APA) contendo 10,3 hectares de Mata Atlântica. A figura 4 abaixo, ilustra o território delimitado de abrangência da unidade.



Figura 4

- Área de abrangência da Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira

Fonte: Google Earth, 2019.

5.3.1 Estrutura Física e Fluxos de Funcionamento

Horário de funcionamento da clínica:

- De segunda a sexta-feira, das 07:00 às 18:00 (horário de Brasília).
- Sábado, das 08:00 às 12:00 horas (horário de Brasília).

- A coleta de sangue para exames laboratoriais é iniciada às sete horas da manhã e os demais atendimentos a partir das oito horas.

A CFASF conta, em sua estrutura física, com: 8 consultórios com banheiro (um para cada equipe), Recepção/ acolhimento, Auditório, Farmácia, Consultório de odontologia - 4 cadeiras odontológicas, Sala de raio X, Sala de ultrassonografia, Sala de curativos, Sala de procedimentos, Sala de observação, Sala de almoxarifado, Sala de reunião (usada pelo acadêmicos de enfermagem, pelos residentes e como consultório), Sala da administração, Sala dos agentes comunitários de saúde, Refeitório, Sala de esterilização, Sala dos agentes de endemia, Sala de expurgo/utilidades, Sala de imunização, Sala de coleta de exames laboratoriais, Hall de espera, Vestiário feminino para funcionárias, Vestiário masculino para funcionários, Banheiro unisex social, Depósito (utilizada para vacinação ou consulta).

Tal como abordado no relatório de Gestão da clínica (CARVALHO, 2018, p.7-10), as atividades desenvolvidas diariamente são as seguintes:

- **Atendimento à pacientes agendados** - De acordo com os programas estabelecidos, ou em função de outras demandas de saúde que o usuário apresente.
- **Atendimento à pacientes em livre demanda (não agendados)** - Após acolhimento com ACS o usuário é encaminhado preferencialmente à equipe de referência para que sua condição seja avaliada por profissional técnico (enfermeira (o), médica (o), ou Dentista)
- **Atendimento domiciliar (VD)** - Realizada pela equipe técnica juntamente do ACS para acompanhamento de usuários em domicílio. Prioridade de acompanhamento domiciliar para usuários acamados ou restritos, cadeirantes, hipertensos, diabéticos, gestantes e puericultura.
- **Imunização** - Vacinas realizadas em sala específica, em crianças e adultos, advindos de qualquer região ou território.
- **Curativos** - Procedimento realizado em local destinado a prática. Realizado em usuários direcionado pela equipe ou recepção.
- **Coleta e realização de exames** - coleta de material para exame laboratorial ou realização de exames e procedimentos específicos (raio x, ultrassonografia, etc).

- **Sala de procedimentos** - realização de procedimentos técnicos como sutura, administração de medicamentos, procedimentos da carteira básica de serviços, entre outros.
- **Esterilização** - esterilização de material em sala com autoclave hospitalar
- **Expurgo** - lavagem dos materiais para esterilização
- **Atividade de promoção à saúde** - Realizada por todos os profissionais da unidade a fim de que se promova ações de educação em saúde, prevenção e conscientização a partir da abordagem de temáticas pertinentes às necessidades de saúde da população.
- **Acolhimento** - prática interativa e constante em todos os momentos de abordagem com o usuário, preconizada para acontecer por todos os profissionais, sempre procurando viabilizar o acesso aos serviços.

5.3.2 Fluxograma de Atendimento na CFASF

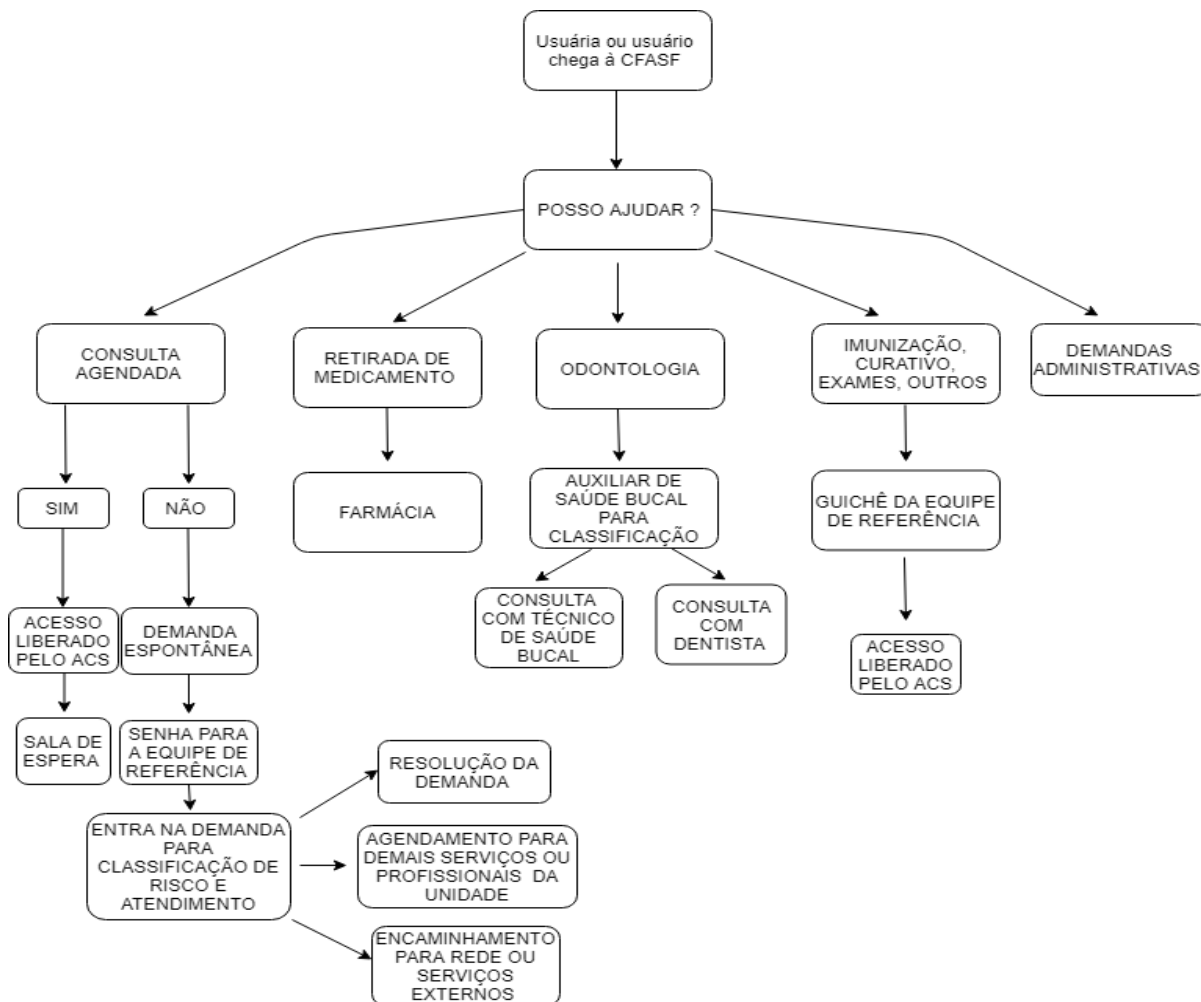
Como mostra o fluxograma acima (figura 5), atualmente o fluxo de atendimento ocorre da seguinte forma: há um ACS na entrada principal da clínica onde os usuários e as usuárias falam a sua demanda e esse profissional da Clínica direciona para o local que deve ir. Quando trata-se de uma consulta agendada, o ACS libera o acesso no sistema do E-SUS para que o profissional de saúde o qual ela ou ele estava agendado possa realizar o atendimento. Caso não tenha consulta agendada a pessoa é adicionada à demanda espontânea, que prioriza o atendimento por um médico, porém a enfermeira pode realizar o atendimento, também. Se a demanda da pessoa for para a odontologia ou para farmácia, ela é direcionada direto para o setor. Em caso de imunização, curativo ou realização de exames, a pessoa passa pelo guichê de sua equipe de referência, o/a ACS libera o acesso da mesma no E-SUS e ela segue para o setor. Alguns usuários ou usuárias desejam verificar algumas questões com a administração, como marcação de exames e verificar em qual posição da lista do SISREG a pessoa se encontra. Nesses casos, a pessoa é direcionada para o setor da administração direto.

O que é importante salientar do modelo de atendimento é que a recepção/acolhimento ainda funciona com oito guichês com seus respectivos ACS, possibilitando o fortalecimento do vínculo com a equipe de referência, já que ao chegar

na Clínica, a usuário ou usuário é atendido por um ACS da sua equipe de referência, e é essa pessoa que vai prestar o primeira escuta.

No entanto, esta organização de acolhimento está em vias de sofrer alterações tal como previsto nos novos protocolos operacionais padrões (POPs) de acolhimento direcionado pelas coordenadorias das CAPs, que prevê que os guichês de atendimento deixem de se organizar por equipe passando a se dividir em Guichê Geral, Check-in e Encaminhamento direto para o setor.

Figura 5 - Fluxograma de atendimento na CFASF



Fonte: Elaboração própria

As baias de Guichê geral serão destinadas para marcação de consultas; renovação de receitas; testes rápidos; exames com pedidos da atenção secundária ou rede privada; procedimentos de enfermagem (pela primeira vez) e agendamento de visitas domiciliares. As de Check-in serão designadas para consultas agendadas; Procedimentos de enfermagem (retorno); exames com pedidos da própria unidade; confirmação de inclusão do SISREG; Atendimento de saúde bucal agendado e cadastramento para serviços do dia. Por fim, as baias de encaminhamentos direto será responsável por encaminhar para vacinação; retirada de medicamentos na farmácia; atendimento de saúde bucal não

agendado; confirmação de inclusão no SISREG; coleta de exames e Usuários da área coberta pela EAB. Estas baias serão compostas por enfermeiros e agentes de saúde e atenderão toda a população independente da equipe que a abrange.

5.3.3 Fluxos dos Setores: Farmácia, Odonto, NASF e Educação Física

Ao procurar compreender os diferentes fluxos da clínica optamos em realizar a discussão a partir dos seguintes setores: farmácia, saúde bucal, NASF e academia carioca. Tendo em vista a atuação dos residentes nestes. Outros setores como, atendimentos, recepção e outras atividades, já foram tratados.

● Farmácia

A equipe da farmácia é composta por uma técnica de farmácia e uma farmacêutica, contratadas por 40 horas semanais. Funciona das 8 às 17 horas, fechando apenas para recebimento mensal de medicamentos ou outras eventualidades (como durante falta de uma das profissionais e a necessidade de realizar o pedido mensal ou o inventário coincidirem). A farmácia é de livre acesso aos usuários, que podem dirigir-se diretamente a ela sem antes passar por outros setores. A fila de espera é organizada por ordem de chegada, sem critérios de risco ou vulnerabilidade, no entanto, é costumeiro que os próprios usuários reorganizem a fila para facilitar o acesso daqueles que julgam necessitar mais.

Segundo a farmacêutica da unidade, são atendidas aproximadamente 200 receitas por dia, fazendo com que a maior parte das atividades da equipe de farmácia estejam voltadas à dispensação de medicamentos. Além da dispensação, é de responsabilidade desta equipe a realização dos pedidos, o controle do estoque e adequado acondicionamento dos medicamentos e correlatos, e mais uma gama de tarefas gerenciais (prestação de contas, preenchimento de planilhas e controles, notificação de queixas técnicas, entre outras).

Além disso, a recente reestruturação do sistema de registro eletrônico, que está em curso no município como um todo, substituiu o programa *Vitacare* pelo DISPENSAMED, apenas no que tange a dispensação de medicamentos. Para o controle e estoque está sendo implantado um outro programa, o Sigma (Sistema de Informações

Gerenciais de Materiais). O registro das atividades de cuidado farmacêutico (interconsulta, visitas domiciliares, grupos) é realizado em um terceiro programa, compartilhado com o restante dos profissionais da clínica, o E-SUS.

Cabe ressaltar que, no âmbito da assistência farmacêutica, nenhum dos três sistemas supracitados possui compatibilidade de compartilhamento de dados entre si. Tal situação aumenta as chances retrabalho e dificulta a comunicação entre os setores e profissionais de saúde, em especial os prescritores, atuantes na clínica.

Em adição, observa-se que o DISPENSAMED, para o que se propõe, tem sido menos eficiente que o antigo programa. Apesar de ser um programa público, o que é vantajoso, possui marcantes desvantagens. A principal delas está relacionada ao aumento no tempo gasto no ato do registro da dispensação, demandando um grande número de cliques e com constantes *bugs*. Assim, aumenta-se a fila de espera e o tempo de espera, o que traz desconforto e, em certa medida, restringe o acesso.

Dessa forma, observa-se que a estruturação do processo de trabalho e o quantitativo de profissionais propostos pela Secretaria Municipal de Saúde encontram-se em dissonância com a demanda da clínica e a viabilidade da implantação de um programa de assistência farmacêutica multiprofissional. A sobrecarga de trabalho gerencial, a falta de funcionalidade dos sistemas de registro eletrônico e o baixo quantitativo de pessoal são barreiras identificadas para qualificação da assistência farmacêutica na CFASF.

● **Saúde bucal**

Ao analisar os indicadores e as metas impostas pela Coordenação de Área Programática (CAP) as profissionais de ambas as equipes colocam as dificuldades no alcance e o questionamento sobre os objetivos pretendidos. Com uma média de atendimentos mensal de 128 demandas livres e 256 atendimentos agendados as equipes de saúde bucal têm algumas peculiaridades próprias do atendimento em odontologia, no caso da CFASF o ponto de partida é a proporção de duas equipes de saúde bucal – ambas completas – para oito equipes de saúde da família, o que influencia tanto o acesso dos usuários ao serviço, quanto a longitudinalidade.

As metas, que são mensais, dizem respeito a diversas ações, como: as visitas domiciliares (16 para dentistas e auxiliares de saúde bucal e 32 para técnicas de saúde bucal); ao programa de saúde na escola, no qual cada escola do território tem que ser

visitada uma vez por trimestre (são sete escolas no território adscrito, sendo muitos alunos de fora do território); ao número ideal de atendimentos agendados, que é de 512; e ao número de altas.

Com a intenção de mapear as necessidades em saúde bucal, já no início do funcionamento da clínica foi estabelecido um grupo e um dia para avaliação odontológica, a partir disso foi criada uma planilha na qual os usuários avaliados são lançados, sendo classificados em pacientes com prioridades (diabéticos, gestantes) e pacientes sem. Hoje a planilha está com aproximadamente 800 pacientes esperando vaga para atendimento clínico.

Sobre fragilidades e potencialidades, segundo as equipes, a dificuldade de acessar algumas microáreas, as mais vulneráveis principalmente, em função da violência territorial, assim como em acessar as crianças e as gestantes do território é uma fragilidade do setor, além da mudança dos sistemas de prontuário, apontada como um fator bastante negativo. Enquanto que a relação com as lideranças comunitárias e a presença do colegiado gestor na unidade é uma grande potencialidade, visto que desde a inauguração e com a atual reestruturação (desmonte) da estratégia da saúde da família foi a participação popular que lutou pela clínica e pelos trabalhadores.

Em julho de 2016 a Secretaria Municipal de Saúde elaborou e publicou uma nota técnica referente a organização do acesso a saúde bucal com a intenção de reduzir o absenteísmo e o abandono de tratamento e garantir e qualificar o acesso a saúde bucal na estratégia de saúde da família (RIO DE JANEIRO, 2016). Até a finalização da construção do presente trabalho não foi possível verificar a aplicação desta norma técnica

● NASF

Segundo o Caderno de Atenção Básica n. 39 (2014a), o Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF) se estrutura para apoiar a equipe de referência, não agindo portanto como porta de entrada do serviço. São atribuições da equipe NASF: discussão de casos, atendimentos compartilhado (NASF + ESF vinculada), atendimentos individuais do profissional do NASF, precedida ou seguida de discussão com a ESF, apoio matricial, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da

coletividade, visitas domiciliares, ações intersetoriais de integração da política de saúde com outras áreas, como lazer, esportes, educação, trabalho, etc, ações de prevenção e promoção da saúde, e realização e apoio a grupos e atividades grupais em saúde (BRASIL, 2014).

Além de apoiar a CFASF, a equipe NASF da unidade também é responsável por apoiar outra clínica da localidade, de forma que a carga horária dos profissionais da equipe é dividida entre essas. Ao chegar a unidade, a equipe NASF procurou estabelecer um fluxo de trabalho de maneira a propiciar o entendimento das equipes quanto ao apoio matricial e demais ferramentas de cuidado compartilhado, de forma que o fluxo de trabalho do NASF na unidade pretende se estruturar da seguinte maneira: através das reuniões de matriciamento das equipes de referência, cujo o objetivo é discutir casos mais graves e/ou prioritário construindo e pactuando o cuidado compartilhado; atendimentos individuais ou compartilhados e visitas domiciliares com usuários e usuárias identificadas pelas equipes como casos importantes de serem também acompanhadas e acompanhados pela retaguarda especializada. A idéia é que a equipe através das reuniões de matriciamento e interconsultas, possa em parte ir se apropriando de condutas e manejos ampliados em saúde, e que ao identificar junto ao cuidado do usuário alguma questão que fuja ao seu escopo de ação, possa recorrer ao profissional NASF para compartilhamento e discussão do caso.

A primeira consulta tende a ser de maneira compartilhada com a equipe de referência, e os retornos idealmente devem seguir essa lógica, mas podem vir a ser somente com a profissional do NASF. A medida que se verifica que as formas de cuidado com a usuária ou usuário foram esgotadas no âmbito da Atenção Primária, essa pessoa é encaminhada para a atenção secundária. No entanto, segundo a nutricionista do NASF que apoia a CFASF, a nutrição não tem, neste momento, cobertura na rede de atenção à saúde para encaminhar quando necessário.

No que se refere aos indicadores de atendimento da equipe NASF são definidos em: 4 turnos de atendimento individual, com 8 atendimentos por turno, totalizando 32 atendimentos por semana; 2 visitas domiciliares por semana; 2 turnos de atividade coletiva; e 2 turnos para reunião de equipe NASF, análise e planejamento. A carga horária (CH) dos profissionais da equipe NASF que apoiam a CFASF são distintas: a

psicóloga, a nutricionista e o educador físico têm CH de 40 horas; a assistente social e a fisioterapeuta, 30 horas; e a pediatra e psiquiatra, 20 horas. Entendendo a diferença entre as CH, o número de atividades desenvolvidas podem variar, mas necessitam priorizar o cumprimento da agenda padrão, sendo essas: interconsultas, consultas individuais, reuniões de matriciamento, visitas domiciliares, reunião de equipe NASF, grupos do próprio nasf, apoio aos grupos das unidades e registro de atividades.

- **Academia carioca**

O Programa Academia Carioca é um espaço mobilizador de promoção da saúde por meio da ação comunitária e multissetorial centrada na inserção da prática regular e sistematizada de atividade física nas unidades básicas de saúde, garantindo o acesso da população a ações que visam promover o bem estar físico, mental e social. O programa tem se constituído como um significativo dispositivo de construção de uma sociedade mais ativa e com um estilo de vida mais saudável, capaz de contribuir para a redução de doenças crônicas e agravos de saúde.

Tem como fluxo de acesso, a consulta junto ao Educador Físico para realização da avaliação antropométrica, anamnese e realização do preenchimento do questionário de qualidade de vida **SF-36**, vide anexo 2, visando obter o máximo de informação relacionadas ao estado físico atual de cada usuário.

Sendo assim o Programa Academia Carioca tem um potencial imenso na construção de políticas de saúde relacionadas a prática de atividade física visando a integralidade do cuidado através da intersetorialidade e multiprofissionalidade dos cuidados voltados a saúde da população.

5.3.4 Práticas grupais em saúde: um breve levantamento dos grupos de educação e promoção de saúde que ocorrem na CFASF

As práticas grupais são cotidianas na Atenção Primária à Saúde, sendo uma importante ferramenta de promoção da saúde, a medida que traz novas percepções ao processo de saúde e doença e o entendimento das múltiplas vertentes de cuidado (NOGUEIRA, et al. 2016). Dessa forma, neste tópico se pretende discutir brevemente sobre os grupos que ocorrem na CFASF.

- **Projeto gestar:** grupo de gestantes que se encontra uma vez por mês. O que há de mais afetivo desse grupo é que as gestantes ganham um book profissional contando com maquiadora, que é uma usuária do serviço e filha de uma ASC. ;
- **Grupo de Diabetes, Hipertensão (HiperDia) e entrega e avaliação de exames:** acontece em cada equipe da unidade uma vez a cada três meses, atrelado a entrega de exames bioquímicos. Funciona como uma consulta coletiva, em que se verifica pressão arterial, peso e estatura, e aqueles que desejam fazer algum questionamento mais específico para o médico, ou médica, tem a oportunidade de ter uma escuta mais direcionada ao fim do grupo.
- **Grupo de Tabagismo:** ocorre mensalmente. Os residentes ainda não tiveram oportunidade de participar já que ocorre às terças-feiras. Atualmente, encontra-se lotado e há uma fila de espera para pessoas que demonstraram interesse.
- **Grupo de alimentação consciente:** mediado pela nutricionista do NASF, que tem a proposta de discutir os mitos e as verdades acerca da alimentação saudável, trazendo as discussões abordadas no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014b).
- **Grupo de reabilitação:** Mediado pela fisioterapeuta do NASF.
- **Grupo de Planejamento Familiar:** mediado por enfermeiras da unidade.
- **Grupo de Dança:** atualmente coordenado e conduzido pela residente nutricionista e o usuário Hilton, com apoio dos demais residentes. Dessa forma, pretende trazer uma nova leitura para o que é ter saúde e para o espaço da Clínica. Entendendo a dança e o ato de dançar como importantes veículos de promoção de saúde através da troca de afetos e liberações hormonais para sensação de prazer e relaxamento.
- **Grupo de Artesanato:** Coordenado pela técnica de saúde bucal com apoio dos residentes. Com o objetivo de compartilhar múltiplas experiências no que tange a confecção de artesanatos como forma de distração e convívio com outras pessoas, bem como possibilitar uma fonte alternativa de renda.
- **Grupo de horta:** coordenado pelos residentes. Com a finalidade de ocupar todos os espaços da Clínica, inclusive o jardim. Este grupo pretende discutir a potência da utilização de ervas no processo de cuidado, as plantas medicinais, bem como o

plantio e colheita de alimentos como uma possibilidade do direito à Segurança Alimentar e Nutricional e a discussão sobre a criação de hortas comunitárias.

- **Grupo de caminhada:** coordenado pelo residente educador físico,
- **Atividades do programa academia carioca :** promovida pelo educador físico da unidade com apoio do residente educador físico

5.3.5 Um breve levantamento sobre a população adscrita

A CFASF presta serviço a parte da população dos bairros de Água Santa, Piedade, Encantado, Engenho de Dentro e Méier e conta com atualmente 31.303 cadastrados segundo ESUS, sendo que no VITACARE, no período de janeiro á abril de 2019 constavam 24.826 cadastros com prontuários ativos, com 9832 famílias. Isso traz uma discussão que é a duplicidade de muitos cadastros na transição de um sistema para o outro, que vai interferir diretamente no alcance dos indicadores impostos pela CAP.

Entende-se que a localização entre bairros coloca o desafio à Clínica de prestar serviços de saúde a uma população heterogênea, compreendendo áreas e microáreas, com perfil hegemonicamente de classe média, com recente perda de plano de saúde privado e outras áreas com perfil de maior vulnerabilidade social e econômica.

A tabela 7 subsequente, que é uma parcial do relatório de gestão 2019 ainda em construção, traz alguns dados que auxiliam na compreensão das necessidades em saúde do território. A quantidade de cadastrados já foi problematizado acima, e refere-se ao número total de cadastros realizados pela clínica (incluídos aí cadastros temporários e cadastros duplicados, um erro decorrente da transição de prontuários eletrônicos).

Tabela 7 - Perfil dos Usuários da CFASF

Condição	Quantidade
Cadastrados	31.303
Beneficiários Bolsa Família	2446
Em situação de rua	2
Acamados e restritos ao domicílio	158

Abrigados	0
Com deficiência	371
Teve algum diagnóstico ou algum problema de saúde mental	486

Fonte: Dados da gestão, 2019

O número de beneficiários do bolsa família, que traz a questão da vulnerabilidade social e econômica age como uma importante ferramenta de acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade, e permite um vislumbre das maneiras com que essas famílias têm acessado os serviços sociais básicos. Dado os limites da análise e levantamento de informações postos aqui, não foi possível realizar um levantamento referente às famílias por microárea do território para traçar um perfil mais elaborado e completo. Nesse sentido, apontamos este como um dos principais pontos a serem aprofundados futuramente pela equipe de residentes da unidade.

Já a quantidade de usuários com questões de restrição ao domicílio nos sinaliza a importância em garantir o acompanhamento domiciliar feito por equipe multiprofissional, com auxílio do NASF e do programa de atenção domiciliar (PAD), quando for o caso.

Em relação à discussão sobre saúde mental na CFASF, torna-se fundamental salientar a importância do Complexo Nise da Silveira no que se refere ao cuidado em saúde mental e a atenção psicossocial. Considerando o movimento da Reforma Psiquiátrica, o Instituto Nise da Silveira vem realizando, durante alguns anos, a desinstitucionalização e desospitalização dos usuários internados, encontrando-se atualmente, em momento de fechamento definitivo da internação psiquiátrica, o que convoca a Rede do território à responsabilização do cuidado e acompanhamento desses usuários.

Deste modo, a CFASF faz parte dessa rede e, está intimamente ligada ao cuidado a ser oferecido, uma vez que se tornou referência para o processo de saúde desses usuários. Entretanto, o único dado que conseguimos obter no que tange ao cuidado em saúde mental foi extraído do Relatório de Gestão de 2019 (CARVALHO, 2019) demonstrado na tabela 7, a qual ressalta 486 usuários com diagnóstico de saúde mental, acompanhados pela CFASF. Tais dados foram extraídos do VITACARE, relativo a todos

os diagnósticos ativos em saúde mental, atualmente, observados pelos médicos da CFASF em suas equipes. Porém, a informação obtida através desse dado impossibilita a comparação com outras clínicas, dificultando uma análise mais profunda. Um ponto que gostaríamos de destacar e que acreditamos que dificultou a produção de informações e dados nesse sentido até então, foi o fato de não ter tido NASF até o ano de 2019, o que causava insegurança dos médicos em diagnosticar questões de saúde mental, gerando subnotificação. Com o matriciamento das equipes, possivelmente esse cenário será modificado.

O novo prontuário eletrônico (E-sus) também dificulta a qualificação dos dados, por não ter um espaço específico para identificar os usuários de saúde mental, impossibilitando a produção de relatórios relacionados a isso. Também por não estar integrado com o sistema da farmácia, não é possível distinguir quantos usuários fazem uso de psicotrópicos, qual a frequência desse uso e a quantidade de medicamentos utilizados, apesar da farmacêutica da unidade contar que a farmácia dispensa uma grande quantidade dessas medicações.

Apesar de todos os contratemos, a CFASF dispõe de oportunidades expressivas para modificar a conjuntura atual, primeiro, por estar muito próxima geograficamente de vários dispositivos de saúde, assistência, educação e cultura. Segundo, por contar com diferentes meios de articulação e fortalecimento da rede, através da supervisão intersetorial de eixo de saúde mental⁶ e do Fórum de Saúde Mental da AP 3.2⁵. E aliado a isso, os residentes também pretendem articular um grupo de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e de Saúde Mental na unidade, para dar conta da problemática de alta medicalização e pouco protagonismo e autonomia dos usuários com seus processos de saúde e, na garantia de direitos.

5.3.6 Perfil dos Usuários e das Usuárias em Relação à Raça/Cor, Faixa Etária e Gênero

Ao analisar a distribuição da população cadastrada nas tabelas seguintes, tendo sido levantado RAÇA/COR, FAIXA ETÁRIA e GÊNERO, sendo aqui considerada

6

Exposto no tópico sobre Redes de Atenção à Saúde.

raça/cor por autodeclaração e os gêneros binários masculino e feminino, algumas problematizações podem ser levantadas.

Tabela 8 - População por Raça/Cor

Condição	Quantidade
Amarela	0,41%
Branca	40,21%
Preta	12,18%
Parda	47,20%
Não informado	0%

Fonte: Relatório de Gestão, 2018

É sabido que o Brasil é o país fora do continente africano com maior quantidade de pessoas negras. Dados de 2015 apontam que 53,9% da população brasileira se autodeclararam raça/cor preta ou parda, portanto, negra (BRASIL, 2017a). No Rio de Janeiro o último censo do IBGE que se tem acesso é o de 2010 que traz que 11,46% pretos e 36,50% pardos, sendo a porcentagem de autodeclarados branco superior a soma dos pretos e pardos. Já a autodeclaração dos usuários da CFASF tal como apresentada na tabela 8 acima, pretos e pardos chega a 59,38%, enquanto brancos 40,21%, dessa forma demonstrando uma maior aproximação dos dados referente ao recorte racial brasileiro apresentado em 2015. Salientando, inclusive, que as políticas públicas de promoção à igualdade racial, lutas anti racistas e as políticas de afirmação de cor, foram fundamentais para a identidade racial de negritude, levando a tendência do crescimento na autodeclaração a nível nacional. Ou seja, ano após ano mais pessoas têm se autodeclararam pretas e/ou pardas (BRASIL, 2017a).

Corroborando com os dados no que tangencia a raça/cor da população atendida pela CFASF, o Ipea de 2008 traz que a população negra representava 67% do público total atendido pelo SUS, atrelando a faixa de renda baixa ao fato de ser uma população SUS-dependente, ou seja, não dispõe de nenhum outro dispositivo de saúde. Além disso,

cabe ressaltar que algumas das doenças de maior prevalência na estratégia de saúde da família são diabetes mellitus e hipertensão arterial, que tem maior frequência no acometimento da população negra, segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL,2017). Logo reconhecer o perfil étnico-racial dos usuários é fundamental na construção de estratégias para construção de um serviço de cuidado em saúde equânime dialogando com o contexto territorial.

Tabela 9 - População da CFASF distribuída por Gênero e Faixa Etária

Idade	Feminino	Masculino
0 a 1 anos de vida	0,56%	0,65%
1 a 6 anos de vida	3,17%	4,35%
7 a 9 anos de vida	4,52%	6,59%
10 a 44 anos de vida	44,25%	47,52%
45 a 59 anos de vida	21,01%	20,36%
a partir de 60 anos de vida	26,49%	20,67%
Porcentagem total da população	56,62%	43,38%

Fonte: VITACARE, 2019

Segundo o censo demográfico do IBGE (2010) a quantidade de homens de 0 a 19 anos é maior que a de mulheres, a partir dessa faixa etária a quantidade de mulheres se mantém superior que a de homens até os últimos ciclos da vida. No caso da população adscrita da CFASF (ver tabela 9) de 0 a 44 anos o número de homens cadastrados é superior ao de mulheres, e dos 45 em diante o predomínio de mulheres é evidente.

Oliveira (2014) diz “ o modelo hegemônico da masculinidade ainda interfere de forma negativa na realização de qualquer intervenção do serviço de saúde, tanto no que se refere a prevenção, quanto aos cuidados secundários”, essa é uma questão histórica ligada a diferentes aspectos, dentre eles os aspectos socioculturais de gênero, nos quais a necessidade dos homens em se afirmarem enquanto homens dentro do conceito mais

clássico de masculinidade os fazem entender sinais e sintomas patológicos como fragilidade. (FONTES et al. 2011)

Figueiredo e Schraiber (2011) estudou a relação do exercício das masculinidades com o cuidado em saúde para homens na atenção primária, neste estudo foi encontrado diversos modelos de masculinidade, modelos esses que podem influenciar diversas formas de pensar o cuidado da saúde, além disso foi colocado pelos entrevistados que o ambiente das unidades básicas em saúde são feminilizados, o que provoca nos homens uma sensação de não pertencimento.

Segundo o Ministério da Saúde morrem mais homens que mulheres ao longo do ciclo da vida, e excetuando as mortes oriundas da violência armada e as ligadas ao recorte racial, muitas das mortes masculinas poderiam ser evitadas, visto que são consequências de doenças crônicas que se agravaram.

Isso nos remete a alguns questionamentos: Quais fatores influenciam nessa mudança na pirâmide etária da CFAFS? A violência armada do território é um fator de maior ou menor importância nessa alteração ou os modelos de masculinidade?

5.3.7 Agravos e condições prioritárias de acompanhamento

Algumas fases do ciclo de vida e doenças são acompanhadas com muito cuidado dentro da estratégia de saúde da família, pois são indicativos da melhora ou não da qualidade de vida da população cadastrada e também por traduzirem uma maior ou menor vulnerabilidade do território. A tabela abaixo traz alguns dados recolhidos na plataforma SUBPAV, referentes aos meses de janeiro a maio de 2019, na plataforma VITACARE, de janeiro a abril de 2019, e informações contidas no drive “fluxos” da CFASF, que foi criado após o encerramento da utilização do VITACARE em função da necessidade de acompanhar não só o quantitativo de casos e atendimentos, mas também a qualidade desses indicadores.

A primeira condição abordada na tabela 10 refere-se a quantidade de gestantes no território adscrito. Conhecer o número de gestante se faz necessário para planejar, incentivar e realizar as ações de pré-natal que representam papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Além de

desenvolver o acompanhamento da nova mãe e criança no pós-parto, a atenção ao puerpério que constitui-se como momento de fragilidade, demandando dos profissionais de saúde um comprometimento na avaliação e no cuidado dispensado durante este período à mãe, criança e família. Sendo importante salientar a indissociabilidade do cuidado à mãe e à criança, o aleitamento materno, o planejamento familiar e a morbimortalidade materna e infantil como aspectos, especialmente, relevantes, merecedores de atenção no puerpério, na perspectiva da integralidade, promoção da saúde e qualidade de vida.

Saber quem são e quantos são os usuários acamados e restritos orienta a organização das visitas domiciliares, para priorizar esses usuários e também é uma informação que pode ser utilizada para avaliar a vulnerabilidade do território.

Na tabela 10 abaixo estão descritos os dados referente à CFASF no que tange a diabetes mellitus (DM); hipertensão arterial sistêmica (HAS) e tuberculose (TB). A discussão de tais dados relacionado aos indicadores do município, estado e a nível nacional se dará posteriormente. A relevância dos dados apresentados se deve aos indicadores estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica (2006) como prioridades estratégicas para a organização da saúde da família. Dessa forma, define atuação em todo o território nacional para eliminação da hanseníase; controle da tuberculose, da hipertensão arterial e diabetes mellitus; eliminação da desnutrição infantil; saúde da criança; saúde da mulher; e saúde do idoso (BRASIL, 2006).

A tabela 11 traz a prevalência de hipertensão arterial, diabetes e tuberculose da CFASF enquanto que na tabela 10 os números absolutos são apresentados.

Tabela 10 - Doenças e Condições Prioritárias para CFASF

Condição	Feminino	Masculino
Gestante	108	-
Acamados/Restritos	121	37
Tuberculose (em tratamento)	7	4
Hanseníase	1	-

Crianças com menos de 1 ano	70	79
Hipertensão		3287
Diabetes		823

Fonte: Drive Fluxos Amélia, 2019, SUBPAV e VITACARE

Tabela 11: Percentual e taxa de prevalência de DM, HAS e TB na CFASF

Doença	%	Taxa de prevalência (/100 mil hab.)*
Diabetes Mellitus (DM)	4,2	4.189,2
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	15,9	15.886
Tuberculose (TB)	-	36,2**

*Prevalência estimada

** Taxa de incidência (/100 mil hab.)

Fonte: CARVALHO, 2018.

Dados de prevalência município do Rio de Janeiro:

● **Diabetes e hipertensão**

Tabela 12 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de diabetes e hipertensão arterial, por sexo, no município do Rio de Janeiro. Vigitel, 2017.

	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC 95	%	IC 95	%	IC 95
Diabetes	8,8	7,5 - 10,1	7,0	5,3 - 8,7	8,7	8,3 - 1,2
Hipertensão	30,7	28,1 - 33,3	26,0	22,2 - 29,7	34,7	31,2 - 38,2

Fonte: Adaptado de Vigitel, 2018.

Os dados de prevalência de diabetes e hipertensão arterial do município do Rio de Janeiro, descritos na Tabela 12, foram coletados entre janeiro e dezembro de 2017 pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) através de entrevistas telefônicas. Apesar de se tratar de dados de um ano (2017) diferente dos dados coletados referentes à população adscrita da CFASF (2018-2019), são dados robustos com boa confiabilidade e rigidez metodológica.

Em uma revisão narrativa realizada por Peterman et al (2015) discute-se que diversos artigos trazem a maior prevalência de diabetes mellitus na população feminina. Parece não haver fatores genéticos que justifiquem tal fator, porém uma possível explicação pode ser dar pelo fato das mulheres serem mais vigilantes quando o assunto é saúde, e portanto, acessam mais a esses serviços que os homens. Mediante a isso, levanta-se uma hipótese acerca da subestimação dos dados, até mesmo por não haver o diagnóstico.

Segundo uma pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b) o aumento na prevalência de obesidade na população brasileira corrobora para o aumento de 22,5% de pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial em 2006 para 24,7% em 2018, segundo dados coletados pelo Vigitel do mesmo ano. O sedentarismo, ou o baixo nível de atividade física, atrelado à hábitos alimentares pouco saudáveis com adesão de uma dieta rica em produtos alimentícios ultraprocessados, portanto com alta densidade calórica e baixa concentração de nutrientes têm relação direta com o aumento da prevalência de Diabetes Mellitus (DM) e hipertensão arterial, bem como obesidade e outras doenças crônicas não-transmissíveis (BRASIL, 2013a; 2014b).

Ao relacionar os dados de HAS e DM da CFASF, sendo este equivalente a 4,2% e aquele 15,9% (tabela 12) evidencia-se um indicador que corresponde a aproximadamente a metade dos dados que se tem a nível municipal e nacional. Sendo assim, é possível levantar algumas hipóteses: 1) os dados podem estar subnotificados; 2) DM e HAS podem não ser as Doenças Crônicas não-transmissíveis de maior prevalência na população da área adscrita da Clínica.

● Tuberculose

Tabela 13: Indicadores Epidemiológicos e Operacionais da Tuberculose por Município, Estado, Região e Brasil, 2018

Unidade da Federação/Região de Residência	Casos novos de TB (n)	Coefficiente de incidência de TB (/100 mil hab.)
Rio de Janeiro*	6.014	89,9
Rio de Janeiro**	11.139	66,3
Sudeste	33.857	38,7
Brasil	72.788	34,8

* Município

** Estado

Fonte: adaptado de BRASIL, 2019

Ao analisar a tabela 13 verifica-se um coeficiente de incidência de tuberculose quase duas vezes maior no estado do Rio de Janeiro (66,3) quando comparada com a média do sudeste (38,7) e do país (34,8). Segundo o Boletim Epidemiológico “Brasil Livre da Tuberculose” (2019), o estado do Rio de Janeiro possui o segundo maior coeficiente de incidência da doença no país, ficando atrás apenas do Amazonas (72,9). A mesma situação se reflete nas capitais destes estados, no entanto com valores superiores, com 102,5 casos novos em Manaus e 89,9 no Rio de Janeiro, a cada 100.000 habitantes.

Este mesmo documento discute uma prevalência aproximadamente 26,4 vezes maior da tuberculose em instituições prisionais, devido às condições de habitação e a dificuldade de acesso à saúde. Além disso, outros grupos de risco para a doença são os profissionais de saúde, população em situação de rua e pessoas que vivem com HIV (BRASIL, 2019).

Brás (2014) atribui alta incidência e dificuldade de tratamento da tuberculose no Rio de Janeiro à limitada cobertura dos serviços de saúde, em especial da atenção primária; à diminuição do conhecimento da doença por negligência das escolas formadoras de profissionais de saúde; e à situação socioeconômica dos usuários acometidos pela doença. Dessa forma, a incidência de tuberculose relaciona-se

diretamente à vulnerabilidade, como uma característica coletiva, principalmente no que tange às condições de vida. A probabilidade de um indivíduo ser infectado e desenvolver a doença depende de fatores como condição socioeconômica e acesso ao cuidado em saúde que a pessoa está submetida. Dessa forma, Magalhães et . al. (2018) discutem que em países emergentes determinantes sociais como pobreza, baixa escolaridade, moradias insalubres, e uso abusivo de drogas compõem o grupo de indivíduos mais vulneráveis a doença.

Ao relacionar a incidência de TB, a nível municipal, estadual, regional e nacional, com os indicadores da CFASF (36,2) demonstrados da tabela 13, é notório que os dados são inferiores, sobretudo, aos do município; aproximando-se da incidência nacional da doença. Dessa forma, é possível supor que a área de abrangência da CFASF não é uma das regiões de maior incidência de TB. Entretanto, não significa que não seja uma área de vulnerabilidade, considerando que não foi possível realizar, neste levantamento de dados, uma análise mais direcionada para identificar os casos de TB por microáreas. Diante esse viés, destaca-se a possibilidade de aprofundamento futuro.

● Sífilis

Tabela 14 - Casos de Sífilis adquirida, Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita, no Brasil, Estado e Município do Rio de Janeiro em 2017

	Nascidos vivos		Sífilis adquirida		Sífilis em Gestante		Sífilis Congênita	
	n°	%	n°	taxa*	n°	taxa**	n°	taxa***
Brasil	2.857.800	100,0	119.800	58,1	49.013	17,2	24.666	8,6
Rio de Janeiro**	219.129	7,7	11.526	69,3	7.795	35,6	4.120	18,8
Rio de Janeiro**	84.521	3,0	-	97,5	2.030	24,0	579	6,8

* Taxa de detecção por 100.000 habitantes

** Taxa de detecção por 1000 nascidos vivos

*** Incidência por 1000 nascidos vivos

**** Estado ***** Município

Fonte: adaptado de BRASIL, 2018; SUBPAV, 2018; SES-RJ, 2018

Existe um aumento crescente dos casos de sífilis em gestante e congênita no Brasil. Em 2013 foi registrada uma incidência de 7,4 casos de gestantes com sífilis ativa por 100 mil habitantes e 4,7 casos de transmissão vertical por mil nascidos vivos. Em 2017, conforme apresentado na tabela 14, os valores são de 17,2 e 8,6, ou seja, um aumento de aproximadamente 132% de gestantes infectadas e 90% de sífilis congênita (DOMINGUES; LEAL, 2016).

O cálculo e monitoramento da incidência de sífilis congênita é um importante indicador de saúde. Isso pois, em conjunto com a taxa de falha no tratamento e de tratamento inadequados, ajuda a avaliar a qualidade do serviço de assistência pré-natal prestado às gestantes com sífilis. Vale ressaltar que com o diagnóstico e tratamento oportuno a probabilidade de transmissão vertical reduz até 97% (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Ao comparar dos dados de sífilis na gestação e congênita observa-se valores de incidência superiores no estado do Rio de Janeiro em comparação com a capital e com o Brasil. Em contraste, no que tange a sífilis adquirida, o município do Rio de Janeiro possui taxa de detecção (por 100 mil habitantes) quase duas vezes maior que do Brasil.

Além do tratamento medicamentoso, que é simples e barato, a principal ferramenta para o combate à sífilis são as ações de prevenção. As ações preventivas, não apenas da sífilis como de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, devem nortear-se pelo:

respeito à diversidade de orientação sexual e estilos de vida; diálogo objetivo sobre sexualidade e uso de drogas; concepção sobre redução de danos na abordagem/atendimento aos usuários de drogas; consideração à singularidade de cada usuário; articulação com a sociedade civil organizada (BRASIL, 2006).

Dessa forma, através da multiprofissionalidade, do compartilhamento do cuidado e da vigilância em saúde pelos trabalhadores deste setor, deve-se promover um conceito

de saúde ampliado, tendo como centro o usuário e a comunidade que está inserido.

5.4 CONHECENDO A EQUIPE PAU-FERRO

Pau-Ferro, é a equipe da CFASF que recebeu os residentes. O nome da equipe refere-se a uma comunidade que é considerada a principal e maior área de vulnerabilidade, assim como as áreas: 27 e beco Vitorino. A equipe contempla atualmente uma médica com carga horária de 40 horas semanais, sem residência ou especialização em medicina da família e comunidade; uma enfermeira também sem especialização em saúde da família; e 4 agentes comunitárias de saúde.

Segundo dados do VITACARE (2019) a equipe possui cerca de 3.905 usuários cadastrados, com uma média de 781 usuários por ACS. De acordo com o relatório de gestão 2019, possui cerca de 9 gestantes, 351 hipertensos, 145 diabéticos, 1 caso de sífilis congênita e 439 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Alguns dos equipamentos existentes na área são: duas residências terapêuticas; uma casa de repouso para idosos; e o Instituto Municipal Nise da Silveira o que demonstra a complexidade da área adscrita pela equipe..

5.4.1 Microáreas e suas principais características

Segundo Shimazaki (2013) microárea é compreendida como a delimitação de espaços onde se concentram grupos populacionais homogêneos de risco ou não risco, com vistas à identificação das necessidades de saúde das famílias residentes, programação e acompanhamento das ações destinadas à melhoria das suas condições de saúde. A seguir será descrito as principais características das microáreas, segundo relato das agentes comunitárias da equipe.

- **Microárea 1:** a ACS responsável relata que o perfil da área é composto de população majoritariamente idosa, também apresentando grande número de crianças e jovens. Trata-se de uma das áreas mais vulneráveis da equipe Pau-Ferro contendo pontos de cena de uso e violência armada. No momento relata acompanhar 3 gestantes; 6 crianças menores de 1 ano, 16 crianças entre 1 e 5 anos; e 8 usuários de saúde mental. Vale ressaltar que esta microárea contempla os usuários ainda internados no Instituto

Nise da Silveira. Em relação às visitas domiciliares, a ACS realiza em torno de 80 mensalmente.

- **Microárea 2:** nesta microárea a ACS traz um perfil etário distinto da microárea anterior, sendo predominante crianças e adultos com pouca população idosa, apesar da casa de repouso para idosos, com 30 idosos, estar localizada nesta microárea. Uma das microáreas de maior vulnerabilidade da equipe, pois abrange os territórios do Beco Vitorino e da comunidade Pau-Ferro com saneamento básico e acesso à água potável deficientes, além de também áreas de cena de uso.

Nessa microárea, estão sendo acompanhadas: 5 gestantes moradoras do Beco Vitorino e Pau-Ferro; 5 crianças são menores de 1 ano de vida e 29 entre 1 e 5 anos; 8 usuários com questões de Saúde Mental, sendo alguns desses com acompanhamento e referência ao CAPSad Raul Seixas. A ACS realiza mensalmente em torno de 120 visitas domiciliares.

- **Microárea 3:** segundo a ACS no perfil etário da microárea é predominante adultos jovens, seguido de crianças, adolescentes. A área é considerada a de menor vulnerabilidade, principalmente por não possuir comunidades. Sobre o acompanhamento dos usuário atualmente há 1 gestante; 5 crianças menores de 1 ano; 31 crianças entre 1 e 5 anos; e 1 usuário de saúde mental acompanhado no CAPSad Raul Seixas. A média de visitas domiciliares realizadas pela agente são 70 mensais.

- **Microárea 4:** no perfil populacional desta microárea não há discrepância entre as faixas etárias, no entanto, há predominância do gênero feminino. Acompanha atualmente 5 crianças menores de 1 ano; 25 crianças entre 1 e 5 anos; e 2 usuários do CAPSad Raul Seixas. A ACS realiza em média 166 visitas domiciliares mensalmente, dentre os quais 5 acamados e restritos.

5.4.2 Consultas agendadas X demanda espontânea

A tabela 15, abaixo, traz que na equipe Pau Ferro ocorreram 828 atendimentos agendados e 2421 em demanda espontânea, no período de janeiro à julho de 2019, não explicitando qual categoria atendeu.

Tabela 15 - Consultas Agendadas e Demandas Espontâneas da Equipe Pau Ferro

Descrição	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19
Consulta Agendada							
Consulta Agendada	80	58	57	68	144	127	146
Cuidado Continuado	40	44	40	12	1	1	10
Demanda Espontânea							
Urgência	0	0	0	5	1	4	9
Consulta no dia	370	412	318	266	381	272	279
Escuta Inicial/Orientação	0	0	0	97	5	1	1

Fonte: E-sus, 2019

5.4.3 Condições e Agravos

A tabela 16, abaixo, foi retirada de uma pasta no drive criada pela gerência para conseguir reunir dados sobre condições e agravos considerados prioritários. Esse método foi criado em função da alteração do VITACARE para o E-SUS, plataforma que não oferece as planilhas com os dados consolidados.

Tabela 16 - Condições e Agravos da Equipe Pau Ferro

Condição	Feminino	Masculino	OBS
Gestante	9	-	2 com 18 anos

Acamados	7	7	-
Restritos	6	4	-
Tuberculose	1	-	-
Hanseníase	0	0	-
Crianças com menos de 1 ano	13	12	-
Hipertensão		478	-
Diabéticos		80	-

Fonte: Drive Fluxos Amélia, 2019

6. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS DESAFIOS E POTENCIALIDADES

6.1 Árvore de Desafios e Potencialidades

O levantamento de dados para a construção deste diagnóstico situacional permitiu realizar um quadro geral das particularidades e necessidades de saúde do território e partir disso, elencar os principais desafios e potencialidades para responder a essas necessidades. Foi elencado aqui, alguns eixos que pareceram significativos na construção dessa ferramenta de gestão e planejamento. Foi decidido nomear de *ÁRVORE DE DESAFIOS E POTENCIALIDADES* (ilustrada na figura 6) em função do simbolismo, pois a árvore representa a Grande Mãe, tendo diferentes configurações simbólicas e significados de acordo com a cultura (DICIONÁRIO DE SÍMBOLOS, [s/d]). No caso em questão o simbolismo mais conhecido, foi o de símbolo da vida, que representa a perpétua evolução.

● Comunicação e Saúde

De Araújo e Cardoso (2014), pesquisadoras do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz trazem que “comunicação é essencialmente relação” e que a comunicação é uma vivência individual, coletiva, uma prática social e uma experiência cotidiana.

Em 1920 o Departamento Nacional de Saúde Pública coloca a propaganda e a educação sanitária como uma estratégia para lidar com as questões de saúde, e, em uma perspectiva histórica, é a partir desse momento que a relação entre a comunicação e a saúde começa a tomar uma forma mais explícita. Atualmente, após diversos caminhos, entende-se que o direito à informação e a comunicação é indissociável do direito à saúde (DE ARAÚJO; CARDOSO, 2014)

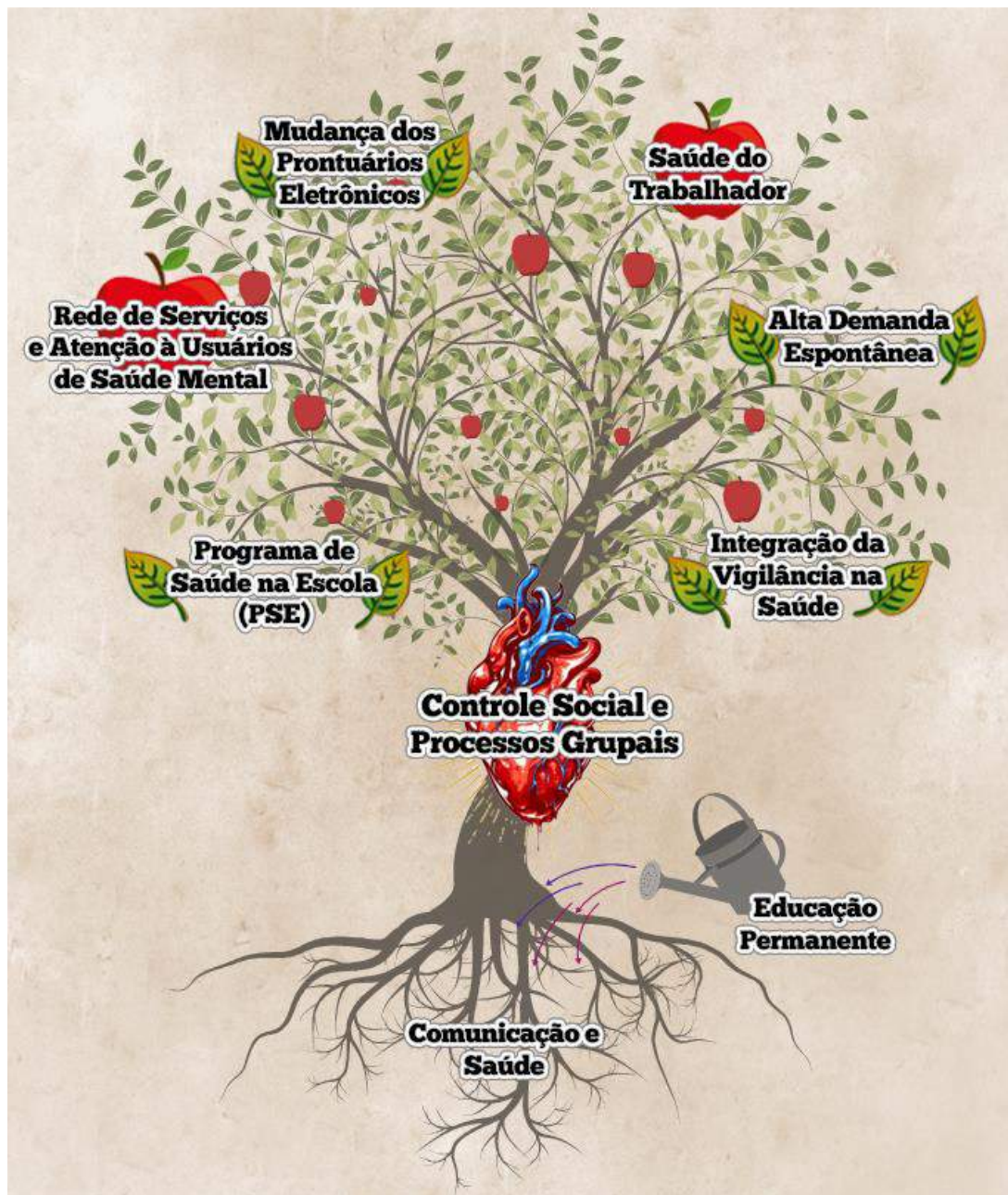
Foram vários os modelos de comunicação ao longo da história, desde a teoria hipodérmica que acreditava que as pessoas eram inertes e que poderiam ser moldadas, passando pela comunicação dialógica de Paulo Freire até a prática discursiva de Foucault. Hoje entendeu-se que esse é um campo próprio *educação e saúde*, e seu estudo é extenso.

A comunicação e saúde refere-se às estratégias de comunicação utilizadas para influenciar as decisões dos usuários no sentido de promover, educar, orientar, prevenir, sugerir, recomendar, informar, acolher e evitar risco e ameaças em saúde. Apresenta-se

desta forma como um dos principais desafios da gestão de pessoas no âmbito da saúde.

A comunicação têm importância crítica e estratégica nos cuidados em saúde por influenciar na avaliação dos usuários com a qualidade do cuidado prestado pela clínica e no seu

Figura 6: Árvore de Desafios e Potencialidades.



Fonte: Elaboração própria. real entendimento de protagonista de seu cuidado: que influencia na adesão ou não ao tratamento.

É comum existir problemas de comunicação que podem ser: a informação insuficiente, imprecisa ou ambígua, informação excessivamente técnica, ruídos (ao analisar da perspectiva do modelo informacional - modelo matemático da comunicação) e o tempo escasso dedicado à informação.

Em entrevista com os usuário da unidade, verifica-se que muitos deles ainda não entendem o que é, como funciona, quando funciona e como podem ser atendidos na CFASF. O problema da comunicação pode se desdobrar em consequências como no aumento da demanda espontânea na Clínica e na sobrecarga de trabalho junto aos profissionais. Recorrentemente verifica-se por parte dos ACS, um dos profissionais mais fragilizados, um desgaste em relação a comunicação no espaço da recepção, onde mal entendidos ou a turbulência do excesso de trabalho rapidamente podem se desenvolver para relações de comunicação violenta.

Para a melhoria do processo de comunicação uma ferramenta potente é a educação permanente dos profissionais, que pode auxiliar no desenvolvimento das competências comunicacionais efetivas no que se refere a: escuta qualificada, perguntas abertas e técnicas facilitadoras; Resolução de conflitos e negociação; Como transmitir informação sobre medidas preventivas, tratamento e autocuidados, enfatizando mais os comportamentos desejáveis do que os fatos técnicos; Como transmitir informação de saúde escrita. Além de estimular nos usuários a participação no seu autocuidado, tornando-os mais ativos nas informações sobre a sua saúde.

Essas considerações dizem respeito a identificação de dificuldades no campo relacional da saúde e a potência que a comunicação tem tanto em produzir uma relação negativa, ao produzir ruídos e desentendimentos na comunicação, como para produzir potência positiva, que colabore para integrar os processos de trabalho, qualificando o cuidado e contribuindo para a garantia de que o usuário tenha clareza e compromisso com o seu cuidado em saúde.

● Programa de Saúde na Escola (PSE)

As ações de PSE são realizadas, atualmente, baseadas nas metas que a Clínica da Família e a Escola devem cumprir, estabelecidas em 12 ações obrigatórias. Estas ações, até onde conseguimos identificar, foram definidas sem uma construção coletiva e

compartilhada entre as esferas da saúde e educação, além de desconsiderar as singularidades e necessidades dos territórios em questão. Tendo em vista esse contexto e a experiência da residência nesse espaço da CFASF, identifica-se a dificuldade em superar tais dificuldades, dada a burocracia que assola as práticas do PSE, já que existe uma exigência de cumprimento de uma demanda para a Clínica que pouco dialoga com os projetos e necessidades de saúde na escola, que além de precisar ser acolhida, também deve responder a exigências de demandas de outra ordem (advindas da esfera da educação).

Um espaço altamente potente, acaba tornando-se pouco efetivo, pelos atravessamentos que impedem a construção coletiva e criativa de práticas em saúde que façam sentido para determinada população. Na medida em que a meta se torna a única via de acesso ao cuidado, restringem-se possibilidades de atuação e potência das intervenções.

A existência de espaços intersetoriais para discussão dos projetos de saúde na escola são fundamentais para a criação de sentido no cuidado ofertado. Poder identificar as necessidades em saúde e pensar juntos ações futuras, é a via mais efetiva e potente para as práticas em saúde.

Na CFASF, o PSE é coordenado por uma enfermeira que assumiu a responsabilidade recentemente (março de 2019). Devido a greve de 2018 nas Clínicas da Família do Rio de Janeiro e a troca da coordenação do PSE na CFASF, estas ações nas escolas ficaram por um grande período paralisadas. Com o objetivo de retornar às atividades e sempre que possível planejar as ações do PSE criou-se um grupo de WhatsApp e acordou-se reuniões bimestrais para discutir, acordar e programar as ações a serem realizadas, em função das necessidades sociais em saúde presentes nas escolas. Apesar deste campo de atuação se constituir como um grande desafio, dado a dificuldade de comunicação entre as partes e a verticalização das metas exigidas, este espaço também possui um grande potencial, já que capaz de acessar uma esfera da população, a infanto-juvenil, que muitas das vezes tem suas necessidades de saúde negligenciadas ou pouco conhecidas e abordadas.

● Rede de Serviços e Atenção à Usuários de Saúde Mental

A dificuldade de acesso dos usuários de saúde mental, observado na APS, é um sintoma da complexidade de realizar cuidado compartilhado com diferentes segmentos de atenção à saúde. Ainda é um desafio para a APS entender que o cuidado deve ser realizado não apenas nos serviços especializados, principalmente quando o usuário sofre com comorbidades, como esquizofrenia e diabetes, por exemplo.

Há uma dificuldade de manejo e apropriação do cuidado desses usuários por parte da APS, atravessado também pelo estigma da loucura, pelo entendimento retrógrado de que o dito louco, deve ser isolado para ser tratado. A lógica manicomial ainda é uma estrutura intensa nas práticas de saúde, não se reproduzindo apenas nos espaços físicos dos hospitais psiquiátricos, mas nas ações em saúde realizadas por nós, profissionais.

Sendo assim é um desafio articular o cuidado em rede, que permita ao usuário acessar seus direitos em saúde, podendo ser cuidado no território, em contato com a sociedade, desenvolvendo autonomia no seu processo de vida e saúde. Reproduzir modelos de atenção curativistas, restringe a efetividade do cuidado, contribuindo para a fragmentação do SUS e para o descumprimento dos preceitos básicos instituídos em sua política.

Na medida em que os usuários de saúde mental adquirem autonomia e protagonismo, tornam-se menos dependentes do serviço de saúde, ampliando suas redes de apoio e cuidados territoriais. A lógica da construção intersetorial de rede, por mais complexa que possa ser inicialmente, permite que o indivíduo seja capaz de cuidar de si de forma integral, garantindo seus direitos enquanto usuário de saúde.

Entendido dessa forma, avalia-se que a CFASF possui um potencial diferenciado no manejo dessa questão, dada a proximidade com o complexo de saúde mental Nise da Silveira e pela rede de serviços do entorno, que facilitam a comunicação para o compartilhamento do cuidado junto a rede intersetorial. Reuniões junto aos dispositivos de educação, saúde mental e demais redes de apoio, ocorrem com frequência e tem demonstrado a potência do trabalho multi e interdisciplinar na condução de casos complexos. Se existe uma histórica dificuldade de apropriação, manejo e acolhimento por parte da sociedade, e das Clínicas das família mais recentemente, com a temática da saúde mental, o caminho efetivo deve ser a partir da construção e fortalecimento das redes de atenção socioassistencial, donde as clínicas da família possuem posição

estratégica, dada a potência do território em garantir ações de promoção e garantia à saúde.

- **Controle Social e Processos Grupais**

Quando a equipe de residentes chega na CFASF os profissionais da clínica, sobretudo a gerente e alguns agentes comunitários, traziam relatos que existiam muitos grupos na clínica. Em virtude da greve dos funcionários devido do atraso nos salários no final do último ano, os grupos pararam de acontecer. Por esse motivo, estão se reestruturando, bem como iniciando novos grupos ao final do primeiro semestre do presente ano.

Na entrevista com a gerente fica evidente a importância da população para que a CFASF funcionasse plenamente, salientando a força do controle social. A gerente conta que a população se mobilizou para que fosse reinstalada rede elétrica e água na Clínica, bem como, mais recentemente, o requerimento para a existência da equipe NASF. Mostrando, dessa forma, a potência do colegiado gestor e dos conselhos.

Como dito anteriormente neste Diagnóstico, todas as equipes de referência realizam grupos para entrega de exames bioquímicos com pouca alteração ou sem; e hipertensão e diabetes (HiperDia). Além desses, ocorrem mensalmente grupo de tabagismo, planejamento familiar, projeto Gestar. E semanalmente, grupo de alimentação saudável e reabilitação.

A experiência do grupo de residentes em um grupo de entrega de exames demonstrou a necessidade de potencializar o espaço como um lugar para além de uma consulta coletiva. Dessa forma, foi estruturada uma roda de conversa sobre alimentação saudável e formas de manejar pequenas alterações de exames, como em relação ao colesterol, triglicerídeos e glicemia.

As práticas grupais são excelentes estratégias defendidas pela Política Nacional de Humanização como potencialidade para afetar e ser afetado na coletividade, possibilitando a criação de vínculos, construindo o cuidado com lateralidade através de conversas e trocas (BRASIL, 2013). Atualmente, os e as residentes estão construindo com alguns profissionais da CFASF outros grupos. No mês de julho foi iniciado os grupos de dança, artesanato e horta. O grupo de dança conta com o apoio de um usuário

que é enfermeiro aposentado e professor de dança; os de artesanato e horta pretendem ser dirigidos em um sistema de cogestão, onde todos e todas compartilham as suas habilidades. A proposta de construir grupos que falem muito mais sobre saúde do que tratamento de alguma patologia vêm no contexto de possibilitar a apropriação dos usuários e usuárias do espaço da Clínica como ambiente também de troca de afetos, convivência com outras pessoas, trocas de experiência e promoção da saúde e cuidado sobre uma perspectiva mais artística e menos biomédica e/ou do biopoder.

● **Saúde do Trabalhador**

Desde o princípio de inserção e atuação na unidade um dos aspectos que se apresentou logo de início e ao longo de todo esse processo de construção do diagnóstico foi o do sofrimento mental e laboral apresentado pelos trabalhadores da unidade. O motivo dessa condição é sempre complexo, de forma que conseguimos reunir aqui apenas alguns destes fatores.

O trabalho é um dos determinantes de saúde e bem-estar do trabalhador e da sua família, tendo em vista que, além de gerar renda, possibilita condições materiais da vida, permite inclusão em um grupo social, o do trabalho, que podem favorecer a construção de uma rede de apoio importante para a saúde. A Saúde do trabalhador como política pública de saúde está contemplada no campo da Saúde Pública e, desta forma, objetiva o estudo e a intervenção nas relações de produção-consumo e processo de saúde-doença. Partindo desse pressuposto, as intervenções necessitam buscar a promoção de saúde, garantindo a atenção integral à saúde para os trabalhadores (BRASIL, 2018).

O atual contexto de reconfiguração da atenção básica no município, ao propor mudanças nos fluxos organizacionais de trabalho vem causando confusão e excesso na carga de trabalho. Esse fator foi aumentado pela expansão do território de abrangência da Clínica e pela mudança nos prontuários eletrônicos da unidade. Além disso, também foram identificados sofrimento advindo do clima de instabilidade e perda de perspectiva dado ao contexto de crise econômica porque passa o município do Rio de Janeiro. Identifica-se que o alguns profissionais da clínica são os únicos provedores de renda de suas famílias, o que faz com que aumente o sofrimento experimentado por aqueles..

Somados e de alguma forma ligados a esses, ainda existe a situação de

recrudescimento da violência nos territórios de abrangência da clínica, em que trabalhadores e ACSs residem.

Alguns trabalhadores trazem a dificuldade em conseguir atendimento na unidade, seja para si ou para a sua família. No entanto, segundo a nova PNAB (2017c) é de responsabilidade sanitária do processo de trabalho da atenção básica o atendimento a trabalhadores da área adscritas, dessa forma, entende-se que inclui os trabalhadores da clínica, sobretudo os ACS que além de trabalhadores são moradores da adscrição.

Um grande desafio em se pensar em ações da saúde do trabalhador é compreender que nem tudo a saúde conseguirá sanar. Pensando nisso, os residentes estão estruturando atividades de autocuidado para os profissionais referente a prática de atividade física, terapia em grupo e já foi iniciado o cuidado a partir da auriculoterapia.

- **Alta Demanda Espontânea**

Segundo o SUBPAV existem parâmetros e metas compactuadas para os indicadores, no caso dos atendimentos por demanda espontânea, sendo entre 40% e 80%. Uma característica da CFASF é a quantidade de pacientes atendidos em demanda, como é visualizado na tabela 17, abaixo. A média de janeiro à maio de 2019, de atendimentos por demanda espontânea, sendo emergência ou não, foi de 15.505, enquanto que de atendimentos agendados, no mesmo período, foi de 18.370.

Tabela 17 - Evolução da Demanda Espontânea na CFASF

Mês	Porcentagem
Janeiro	87,74%
Fevereiro	86,91%
Março	84,98%

Abril	79,92%
Maio	75,80%

Fonte: SUBPAV, 2019

Para discutir o alto índice de demanda espontânea é fundamental debater sobre o modelo de saúde que é proposto como estratégia de saúde da família (ESF) o qual delinea um percurso contra-hegemônico do modelo biomédico, assistencialista que foca nas doenças e agravos e não nos condicionantes e determinantes de saúde. Pautada no X Conferência Nacional de Saúde, e estruturada como Programa de Saúde da Família no final do século XX, a ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde baseado na Atenção Primária à Saúde e prevendo a necessidade de construir um modelo de atenção que promova qualidade de vida (FERTONANI et. al. 2015).

Acontece que essa nova conformação da saúde pública ainda é bastante recente. O entendimento do que cuidado em saúde é focado na figura do médico, na doenças, nos agravos e dos seus saberes científicos, é um desafio para a compreensão do cuidado de forma holística a fim de promover saúde atrelando ao cuidado sob outras perspectivas profissionais e conhecimentos populares. Dessa forma, é recorrente a procura por serviço de saúde quando há alguma queixa específica, e assim é possível compreender a alta demanda espontânea na CFASF. Segundo a gerente da unidade, esse fator faz com que os profissionais reduzam o número de consultas agendadas por turno, para que consiga atender as demandas não agendadas.

A organização da demanda espontânea tem sido um desafio constante para os profissionais da CFASF ter um acolhimento humanizado que responda às necessidades de saúde do usuário e que garanta acesso qualificado sem deixar de lado a saúde do trabalhador.

Esta alta demanda espontânea da Clínica pode estar relacionada com um problema de comunicação em saúde, descrito acima, em que o usuário não consegue entender a dinâmica funcionamento da Unidade, em virtude da hegemonia do modelo de saúde assistencialista. No entanto, também pode estar relacionada com a violência do território

em que pode dificultar o acesso do usuário a Clínica no dia da consulta agenda, levando-o a buscar a demanda espontânea para resolução dos problemas. Verifica-se também que um grande número dos usuários são trabalhadores da região e acabam procurando a CFASF em momentos pontuais.

Uma das equipes de maior vulnerabilidade da CFASF, Fazendinha é a que apresenta maior número de usuário na demanda espontânea. Com o objetivo de minimizar este problema, a equipe adotou a estratégia “acesso avançado”, método de agendamento que permite uma maior absorção da demanda espontânea, estabelecendo como objetivo resolver as demandas do dia, no dia. No entanto, este método tem como problema um menor vínculo do usuário com a sua equipe.

● **Mudança dos Prontuários Eletrônicos**

O Ministério da Saúde, em 1998, implantou o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) para acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pelo Programa Saúde da Família. Em 2013, 15 anos depois, é criado o e-SUS Atenção Básica, desenvolvido junto à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Segundo o diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Hêlder Aurélio Pinto, o e-SUS individualizará os dados, e possibilitará ao usuário o número do cartão SUS com todas as suas informações (ROSA, 2013).

Atualmente, na CAP 3.2, o e-SUS está sendo implementado no lugar do VITACARE, que é um sistema privado e de alto custo aos cofres públicos. A intenção do Ministério da Saúde, além da redução de custos, é permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde. “O nome, e-SUS, faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é sobretudo facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde” (DATASUS, 2019?).

Existem, entre os profissionais que utilizavam o VITACARE e agora usam o e-SUS muitos debates sobre as diferenças entre os sistemas e se há eficácia ou não no sistema atual. Contudo é primordial compreender que sendo o SUS um sistema de saúde público, utilizar um sistema de informação público é fundamental para o fortalecimento do sistema como um todo e controle dos dados gerados e armazenados.

Alguns problemas são percebidos e relatados pelos profissionais na CFASF,

como: o aumento da carga de trabalho burocrático, no sentido de não obter uma qualificação dos dados obtidos dos atendimentos; duplicidade na transferência de dados do antigo sistema para o atual; excesso de avaliação quantitativa em detrimento a avaliação qualitativa na consolidação dos dados; impossibilidade de acessar dados familiares visto que o acesso é feito de forma individual ao usuário; ausência de diálogo do e-SUS com os outros sistemas de base como SIPNI, SUBPAV, DISPENSAMED; e outros e a impossibilidade de extrair listagens de usuários e grupos que necessitam de cuidados mais específicos, como usuários diabéticos e hipertensos.

● **Integração da Vigilância na Saúde**

Apesar da Vigilância na Saúde ser atribuição de todos os trabalhadores da Atenção Básica, um dos desafios observados na CFASF é a integração do trabalho dos Agentes de Vigilância em Saúde com o restante dos profissionais. Os AVS são divididos, em teoria, pelas equipes de saúde da família, no entanto, não participam das reuniões de equipe nem das ações conjuntas. Além disso, através das entrevistas, observou-se uma restrição das ações de vigilância no território às relativas às arboviroses.

A integração das ações de vigilância em saúde no processo de trabalho é potente na medida em que compreende e exercita o trabalho territorializado dessas ações. Os conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias são insuficientes para a construção dialógica das respostas às necessidades do território, de forma que também necessitamos de “ferramentas de comunicação social que estimulem a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde” (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

● **Educação Permanente**

Uma das potencialidades identificadas foi a garantia das reuniões de equipe nas quintas-feiras de tarde, um espaço rico para troca de experiências, compartilhamento de cuidado e aprendizagem coletiva. Além disso, foi identificada a realização de reuniões com todos os profissionais de saúde da clínica e reuniões da equipe técnica com relativa frequência, que são também possíveis espaços de incorporação da educação permanente enquanto estratégia de ensino-aprendizagem.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de elaboração deste Diagnóstico Situacional Participativo, ao permitir o contato da equipe de residentes com o território, possibilitou ricos encontros e trocas de experiências pela aproximação com o cotidiano, onde se produz e reproduz a vida social. A territorialização se configurou, aqui, como um processo dinâmico de aproximação com a realidade local, transcendendo ao espaço físico e se apresentando nas relações humanas, sendo afetada por elas em uma relação dialética de transformar e ser transformado, produzir e ser produto.

Nesse sentido, a compreensão dos condicionantes e determinantes de saúde, através do levantamento de dados epidemiológicos e informações sociais, permitiu ampliar o olhar frente às necessidades reais de saúde da população e do território. A partir deste processo é possível problematizar a forma como são propostos os indicadores e metas, que de alguma forma, têm relação com necessidades de saúde do contexto brasileiro, do estado e/ou do município, mas que não necessariamente refletem as particularidades da realidade do território.

Entendemos ser importante debruçarmos futuramente sobre os seguintes temas, que identificamos como lacunas em nosso produto (o diagnóstico); são eles: a) a produção dos indicadores de saúde mental; b) o conhecimento das metas propostas pela gestão para a Clínica e, c) os parâmetros para construção de indicadores de vulnerabilidade. Intencionamos realizar um debate que contemple esses eixos, à luz das reais necessidades do território, e na intenção de compreender melhor as raízes dos condicionantes sociais de saúde.

O DSP foi o momento inicial de aproximação dos residentes com processos amplos de cuidado e planejamento em saúde. Gostaríamos de ressaltar a importância desse processo para a formação multiprofissional e, dessa forma, salientamos a relevância do DSP, na medida em que esta experiência nos permitiu vivenciar a articulação entre teoria e prática profissional. Em contrapartida, esperamos que este trabalho atue como produto vivo para repensar e qualificar as práticas de saúde da clínica, e como uma ferramenta que dê potência às atividades de planejamento em saúde do território.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência IBGE notícias. População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos. Editoria: Estatísticas Sociais, 2017a. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos>. Acesso em: 21 jul. 2019.

BRASIL. Cadernos de atenção básica nº 39: Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da saúde, 2014a.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. Hospício de Pedro II: da construção à desconstrução. [s/d]a. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/hospicio.php> acesso 13 jul. 2019.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. Nise da Silveira: vida e obra. [s/d]b. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/nisedasilveira/apresentacao.php>. Acesso: 13 de jul. 2019.

BRASIL. Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: congresso nacional, 1988.

BRASIL. Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841. Homologa a fundação do Hospício de Pedro II, anexo ao hospital da Santa Casa da Misericórdia, para tratamento de alienados. Revista Medica Brasileira. [S.l.], v.1, n.3, jun. 1841. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/d82.php>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. Em dez anos, obesidade cresce 60% no Brasil e colabora para maior prevalência de hipertensão e diabetes. 2017b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28108-em-dez-anos-obesidade-cresce-60-no-brasil-e-colabora-para-maior-prevalencia-de-hipertensao-e-diabetes>. Acesso em: 01 jun. 2019.

BRASIL. Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel. 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>. Acesso em: 01 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição.– 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. [internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 12 de julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 46p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS, 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. O humanizaSUS na atenção básica. Ministério da Saúde. Brasília - DF: 2009b.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Política Nacional de promoção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARVALHO, Jacqueline Oliveira de. Relatório de gestão 2018. Rio de Janeiro, 2019.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha ; LAGO, Regina Ferro. Guia do diagnóstico situacional participativo. Rio de Janeiro: Residência multiprofissional em saúde da família Ensp/ fiocruz, 2019.

COSTA, Ana Maria. O processo da construção de Redes de Atenção à Saúde. In: Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, CEBES, Nº 52, pp. 04-05, out, 2014.

CUBILLO-LLANES, Jara et al. Activos: de los mapas al territorio. Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria, v. 32, p. 98-102, 2018.

DA MATTA, Roberto. O ofício do Etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues” In Nunes, E. de Oliveira (org) **A aventura sociológica**. RJ: Zahar. 1978. Pp.24-35.

DE ARAÚJO, Inesita Soares; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

DICIONÁRIO DE SÍMBOLOS. Significado dos símbolos e simbologia. *Árvore*. s/d. Disponível em: <https://www.dicionariodesimbolos.com.br/arvore/>. Acesso em: 07 jul. 2019.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Curitiba: UFPR, 2009.

FERTONANI, HP; PIRES, DEP.; BIFF, D; SCHERER, MDA; Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6), p.1869-1878, 2015

FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; SCHRAIBER, Lilia Blima. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 935-944, 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700025>.

FONTES, Wilma Dias de et al . Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300020>.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Mauricio, et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, Ary Carvalho de; Barcellos, Christovam; Moreira, Josino Costa; Monken, Mauricio. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Territorialização em saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010

JUNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. In: **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, CEBES, N° 52, pp. 15-37, out, 2014.

KLEBA, M. E. et al. Estimativa rápida participativa como ferramenta diagnóstica na estratégia saúde da família. **Grifos**, Chapecó, v. 24, n. 38/39, 2015.

Disponível em:

<http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/grifos/article/view/3279/1888>. Acesso em: 1 jun. 2019.

MAGALHÃES, MAF; MEDRONHO, RA. Análise da tuberculose no Rio de Janeiro no período de 2005 a 2008 e fatores socioeconômicos associados utilizando microdados e modelos de regressão espaciais globais. **Ciências e Saúde Coletiva** 22 (3), 2017.

MATTOS, Ubirajara A. de O.; FREITAS, Nilton Benedito B. Mapa de risco no Brasil: as limitações da aplicabilidade de um modelo operário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 251-258, 1994.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

MULTIRIO. O samba carioca. História do Brasil: O Rio de Janeiro como Distrito Federal. [s/d]. Disponível em <http://multirio.rio.rj.gov.br/index.php/estude/historia-do-brasil/rio-de-janeiro/66-o-rio-de-janeiro-como-distrito-federal-vitrine-cartao-postal-e-palco-da-politica-nacional/2923-o-samba-carioca>. Acesso 10 jun 2019.

NOGUEIRA, ALG; MUNARI, DB; FORTUNA, CM; SANTOS, LF. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm.**, 2016 set-out; 69(5):964-971. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0964.pdf> acesso em 28 jul 2019.

PETERMANN, XB; MACHADO, IS; PIMENTEL, BN; MIOLO, SB; MARTINS, LR; FEDOSSE, E. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à saúde: uma revisão narrativa. **Saúde** (Santa Maria), Santa Maria, Vol. 41, n. 1, p.49-56, 2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Nota técnica: Organização do Acesso de Saúde Bucal. 2016. Disponível em:

<http://subpav.org/download/prot/Nota%20Tecnica%20-%20Organizacao%20do%20Acesso%20na%20Saude%20Bucal.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.

ROSA, Tatiana. E-SUS Atenção Básica é lançado pelo Ministério da Saúde. Saúde em foco. **Conensus** [internet], n. 7, 2013. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/consensus/e-sus-atencao-basica-e-lancado-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 29 jun. 2019

SANTOS, I.M.M.; SANTOS, R.S. A etapa de análise no método história de vida– uma experiência de pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2008 out-dez; 17(4):714-9

SILVA, Carine Neves Alves da. Colônia de Alienados de Engenho de Dentro (1911-1932) In: XXIX Simpósio de História Nacional: Contra os Preconceitos a História da democracia. 978-85-98711-18-8, 2017, Brasília. Anais eletrônicos, Brasília Prefixo Editorial: 98711. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.snh2017.anpuh.org/resources/anais/54/1502848703_ARQUIVO_CarineNevesAlves_Coloniaversaofinalem1508.pdf> Acesso em: 12 jun. 2019.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília , v. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998 . Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 jul. 2019.

VELHO, Gilberto. Observando o familiar. In: **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1980.

ANEXOS

Anexo 1 - Dispositivos da AP 3.2

Recursos Formais:	Redes Informais e Recursos Comunitários
Assistência Social	Colegiado gestor da unidade
CRAS Dr Sobral Pinto	Associação de Moradores do 18
CREAS Janete Clair	Instituto Ideias - Mãe Tânia
Sócio-Jurídico	Conselho Distrital de Saúde
Conselho Tutelar Méier	Sesc Engenho de Dentro
Defensoria Pública	Clube Piedade e Várzea Clube
5ª e 9ª Promotoria	Projeto do 18
1ª Vara da Infância e da Juventude e do Idoso	Rede de Proteção ao Futuro
Atenção Psicossocial	Pastoral do Divino Amor - Igreja São José do Engenho de Dentro
CAPSad Raul Seixas	Centro Cultural João Nogueira
CAPS Clarice Lispector	
CAPS Torquato Neto	
CAPSi Maria Clara Machado	
13 Residências Terapêuticas	
Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira	
Ambulatório de Saúde Mental e Emergência Psiquiátrica - Rodolpho Rocco	
Ambulatório de Saúde Mental Adulto e Infanto-Juvenil Milton Fontes Magarão	
Saúde	
1 Equipe de Consultório da Rua	
Centro de Convivência Trilhos do Engenho	
22 UBS (CFs e CMSs)	

8 Equipes NASF	
Policlínica Rodolpho Rocco	
Policlínica César Pernetta	
Hospital Municipal Salgado Filho	
Hospital Maternidade Carmela Dutra	
Hospital Municipal Piedade	
Centro Municipal de Reabilitação do Engenho de Dentro	
UPA Engenho de Dentro	
UPA Engenho Novo	
Educação	
7 Escolas Municipais, assistidas pela CFASF	
3ª CRE	

Anexo 2 - Questionário SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Identificação: _____ Nome: _____ Data: _____

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3

h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

APÊNDICE

Quadro 1 – Equipe Pau-ferro

Número de usuárias e usuários cadastrados (maio/2019)	3.905
--	-------

Média por ACS	976
Equipe Espelho	Francisco Fragoso
Programa de saúde na escola	Escola Municipal Tobias Barreto
Médica	Joana D'Arc Rodrigues de Lucena (angiologia; cirurgia vascular e endocrinologia)
Enfermeira	Roberta Malafaia Carneiro da Cunha Monteiro
Técnica de Enfermagem	Vanusa da Costa Alves
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Vania Gonçalves Lisboa Sheila de Souza Lopes Fernandes Letícia Motta Thiengo de Souza Adriana Coelho Pavão
Total de ACS	4

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 2 – Equipe Fagundes Varela

Número de usuárias e usuários cadastrados (maio/2019)	3.969
Média por ACS	793
Equipe Espelho	Fazendinha
Programa de saúde na escola	Escola Municipal El Salvador
Médica	Joelson Cardoso Fernandes
Enfermeira	Vanessa Santos dos Anjos
Técnica de Enfermagem	Juliane de Moura Mello
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Laidi Martins da Silva Roselene da Cruz Drummond Vanessa Leporace Maio Maristela Rodrigues

Total de ACS	4
---------------------	---

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 3 – Equipe Fazendinha

Número de usuárias e usuários cadastrados (maio/2019)	3.712
Média por ACS	742
Equipe Espelho	Fagundes Varela
Programa de saúde na escola	Escola de Desenvolvimento Infantil Lygia Clark
Médica	Daniela Gomes
Enfermeira	Juliana Cardoso
Técnica de Enfermagem	Alexandre Ribeiro Candido
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Daise Nathalina Soares Camila Lilian Maria da Costa Rosangela Amaral Suriano Tamiris Fernandes Miranda Luana Lagdem Leal Pereira
Total de ACS	5

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 4 – Equipe Francisco Fragoso

Número de usuárias e usuários cadastrados (maio/2019)	3.767
Média por ACS	1.256
Equipe Espelho	PAU FERRO
Programa de saúde na escola	Escola Municipal Edgar Sussekind Mendonça
Médica (Responsável Técnico)	Kenedy Expedito Rocha Miranda
Enfermeira	Vivian Martins Gomes

Técnica de Enfermagem	Nathalia Ariane da Gama Oliveira Gonçalves
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Adriano Ricardo da Silva Souza Suelen de Souza Germano Renata Lima P. Barros
Total de ACS	3

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 5 – Equipe Camila Bravo

Número de usuárias e usuários cadastrados (maio/2019)	3.922
Média por ACS	785
Equipe Espelho	Monteiro da Luz
Programa de saúde na escola	Escola Municipal Virgílio de Melo Franco
Médica	Raphael Rodrigues Lobos Marques
Enfermeira	Aline Moreira da Costa
Técnica de Enfermagem	Juliana Marques Soares
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Márcia Adriana Souza da Silveira Theresa Cristina Pitanga Alves Andressa M. de Oliveira Liliane Silva de Andrade Rosemar Vieira
Total de ACS	5

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 6 – Equipe Monteiro da Luz

Número de usuárias e usuários cadastrados (maio/2019)	3.794
Média por ACS	948

Equipe Espelho	Camila Bravo
Programa de saúde na escola	Escola Municipal Brigadeiro Faria Lima
Médica	Aline Miranda Rezende
Enfermeira (Responsável Técnica)	Gisele Lima de Azevedo
Técnica de Enfermagem	Natália Borges Menezes
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Igor de Jesus Pereira Aline Alves de Jesus Andressa America dos Santos Gislayne Ferreira da Costa
Total de ACS	4

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 7 – Equipe Poconé

Número de usuárias e usuários cadastrados (maio/2019)	3543
Média por ACS	708
Equipe Espelho	Silva Braga
Programa de saúde na escola	Escola Municipal Especial Ulisses Pernambucano
Médica	Leone Almeida da Matta Gonçalves
Enfermeira	Rosimar Mendonça Fortes
Técnica de Enfermagem	Erlaine Nascimento Silva
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Celso Martins Adriana Coelho Pavão Verena Da S. Castilho Vera Luisa da Silva Tavares Luciana Rocholino

Total de ACS	5
---------------------	---

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 8 – Equipe Silva Braga

Número de usuárias e usuários cadastrados (maio/2019)	3.565
Média por ACS	891
Equipe Espelho	Poconé
Programa de saúde na escola	Escola Municipal El Salvador
Médica	Jessyca Botelho Assis
Enfermeira	Juliana Cardoso
Técnica de Enfermagem	Celeste Ferreira da Silva
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Thais Campos da Conceição Débora Cristina dos Santos Francisco Tatiana Martins dos Santos Caroline Maria da Costa
Total de ACS	4

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 9 - Equipe NASF

Categoria	Profissional
Nutricionista (residência em saúde coletiva)	Ana Carolina Rocha
Fisioterapeuta	Débora Torres
Educador Físico	Matheus Jardim
Assistente Social (residência no INCA / doutoranda)	Thaislayne Nunes

Psiquiatra	Elaine Tinoco
Psicólogo	Elaine Aude

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 10 - Equipe Saúde Bucal

Categoria	Profissional
Cirurgiã- Dentista especializada em estomatologia	Thamyres Campos Fonseca
Técnica em Saúde Bucal	Maria Aparecida de Abreu de Souza
Auxiliar em Saúde Bucal	Erica Gomes de Araújo
Cirurgiã- Dentista - especializada em odontopediatria	Thaís Pinto Pimentel
Técnica em Saúde Bucal	Jaqueline Alves Ribeiro
Auxiliar em Saúde Bucal	Cristiane Alves da Silva

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 11- Equipe da Farmácia

Categoria	Profissional
Farmacêutica	Maria Carolina Guimarães das Neves
Técnica de Farmácia	Anne de Oliveira Evangelista de Souza

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 12 - Equipe administração e Gerência

Categoria	Profissional
Gerente	Jacqueline Carvalho
Auxiliar administrativo	Jorge Roberto Vieira Rocha
Auxiliar administrativo	Huguette Rosalie N Kolo Almeida Almeida Toure

Auxiliar administrativo	Karine Detes Canto
-------------------------	--------------------

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 13 - Equipe de auxiliar de serviços gerais

Categoria	Profissional
Auxiliar de serviços gerais	Alexandre
Auxiliar de serviços gerais	Monique
Auxiliar de serviços gerais	Andreia

Fonte: Elaboração própria, 2019.

Quadro 14 - Equipe de endemia

Categoria	Profissional
Agente de vigilância em saúde Poconé (estatutário)	David Mattos Aizic
Agente de vigilância em saúde Fagundes Varela(estatutário)	Rafael Souza da Costa
Agente de vigilância em saúde Apoio, sem equipe definida(estatutário)	Alexandre Coelho da Silva
Agente de vigilância em saúde Monteiro da Luz (estatutário)	Ledickson Carneiro Guedes Júnior
Agente de vigilância em saúde Pau Ferro (estatutário)	Silvia M.O. Silvana
Agente de vigilância em saúde Camila Bravo (estatutário)	Marisa Gomes de Paiva Merola
Agente de vigilância em saúde Fazendinha(estatutário)	Rosemeri Martins da Silva

Agente de vigilância em saúde Francisco Fragoso(estatutário)	Fabiana Raquel do Nascimento Marques
Agente de vigilância em saúde Silva Braga (estatutário)	Charles Rocha Coelho

Fonte: Elaboração própria, 2019.

ANEXO C**Diagnóstico Situacional Participativo do
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

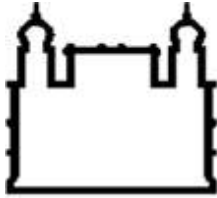


**ANA LUÍSA ROCHA CARDOSO
BEATRIZ MARINHO SILVA ROMÃO
ESTHER BEATRICE DA SILVA JOAQUIM
FABIANO DE ARAUJO NEVES
FILIPE DA SILVA VELOZO
MAIARA BATISTA DA SILVA
TASSIA DA SILVA COSTA**

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPATIVO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA - MANGUINHOS
HARMONIA**

RIO DE JANEIRO

2019



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPATIVO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA - MANGUINHOS HARMONIA

Diagnóstico Situacional Participativo apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca no Segundo de Módulo de Aprendizagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Orientadoras: Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi e Denise Cavalcante de Barros

Preceptor: Julio Bordignon

**RIO DE JANEIRO
2019**

LISTA DE GRÁFICOS, FIGURAS E QUADROS

Gráfico 1 - Distribuição da população cadastrada por sexo segundo os grupos de idade - Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - 2019	47
Gráfico 2 - Distribuição relativa (%) da identificação quanto à raça/cor dos usuários cadastrados na Harmonia - 2019 (n= 3235)	52
Gráfico 3 - Distribuição relativa (%) por faixa-etária dos usuários cadastrados na Harmonia - 2019 (n = 3235)	52
Gráfico 4 - Distribuição relativa (%) dos usuários por situação no mercado de trabalho na Harmonia - 2019 - n = 614 usuários (19% do total de usuários da); Não informado: 2621 usuários.....	53
Gráfico 5 - Distribuição relativa (%) dos usuários cadastrados na Harmonia por microárea - 2019 (n= 3.227)	54
Gráfico 6 - Distribuição por microárea e por gênero dos usuários cadastrados na Harmonia - 2019 (n= 3.227)	55
Gráfico 7 - Distribuição dos usuários cadastrados na Harmonia – 2019 (n HAS=2.448; n DIA= 859)	61
Gráfico 8 - Distribuição por microárea dos usuários cadastrados na Harmonia que possuem diabetes (n=129) ou hipertensão (n=355) - 2019 (n total = 484)	61
Gráfico 9 - Distribuição dos usuários cadastrados na Harmonia que possuem diabetes ou hipertensão ou diabetes e hipertensão - 2019 (n= 387)	63
Gráfico 10 - Distribuição dos usuários cadastrados no CSEGSF diagnosticados com Tuberculose - 2019 (n= 36)	64
Gráfico 11 - Distribuição dos usuários tratados na Harmonia, por microárea, em relação a incidência de tuberculose - 2019 (n= 4)	65
Gráfico 12 - Distribuição dos casos de Sífilis notificados de 01/2016 a 06/2019 no CSEGSF em relação à classificação do usuário.....	66
Gráfico 13 - Valores absolutos e relativos (%) dos casos de tratamento de sífilis no CSEGSF de 01/2016 a 06/2019	67
Gráfico 14 - Valores absolutos e relativos (%) dos casos de tratamento de sífilis na Harmonia de 01/2016 a 06/2019 (n=35)	68
Gráfico 15 - Distribuição das notificações de arboviroses feitas pelo CSEGSF entre 11/01/2017 a 01/07/2019 (n=265)	70
Gráfico 16 - Distribuição das notificações de arboviroses feitas pela Harmonia entre 11/01/2017 a 01/07/2019 (n= 21)	71
Gráfico 17 - Distribuição relativa (%) das mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas na Harmonia, por microárea - 2019 (n=619).....	73

Gráfico 18 - Distribuição relativa (%) das mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas na Harmonia, por microárea - 2019 (n=1017).....	74
Gráfico 19 - Distribuição de crianças menores de 1 ano por sexo e microárea cadastradas na Harmonia - 2019 (n= 37).....	76
Figura 1 - Mapa de risco do território de Manguinhos 2019	25
Figura 2 - Mapa de risco da área de abrangência da Harmonia	26
Figura 3 - Índice de Desenvolvimento Social (IDS 2010) por bairro na AP 3.1. - 2010	36
Figura 4 - Mapa do território de abrangência do Centro de saúde Escola Germano Sinval Faria.....	46
Quadro 1 - Comunidades do Complexo de Manguinhos por data de criação e/ou ocupação ..	17
Quadro 2 - Abastecimento de água do Complexo de Manguinhos - Mar/2010.....	24
Quadro 3 - Situação ocupacional dos moradores do Complexo de Manguinhos - Mar/2010..	28
Quadro 4 - Renda bruta do trabalho e/ou aposentadoria dos moradores do Complexo de Manguinhos - Mar/2010	29_Toc15322415
Quadro 5 - Quadro de pessoal das s de Saúde da Família - CSEGSF - 2019.....	48
Quadro 6 - Tipos de imóvel cadastrados em cada microárea - 2019.....	56
Quadro 7 - Tipos de domicílio dos usuários cadastrados em cada microárea - 2019 (n = 79).	56
Quadro 8 - Situação do escoamento do banheiro em cada microárea – 2019.....	57
Quadro 9 - Situação do destino do lixo em cada microárea – 2019	57_Toc15322439
Quadro 10 - Distribuição do número de gestantes por microárea - 2019.....	74
Quadro 11 - Síntese dos problemas encontrados.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População, Domicílios, Habitantes por Domicílio, Área e Densidade Demográfica segundo as Comunidades e Conjuntos de Manguinhos e Município do Rio de Janeiro - 2010	21
Tabela 2 - Total e percentual de Crianças, Jovens, Adultos e Idosos segundo as Comunidades e Conjuntos de Manguinhos e Município do Rio de Janeiro - 2010	22
Tabela 3 - Total e Percentual de Domicílios Particulares por Rendimento Nominal Mensal Domiciliar Per Capita segundo as Comunidades e Conjuntos de Manguinhos e Município do Rio de Janeiro - 2010.....	30

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAH	Comunidade Agrícola de Higienópolis
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCPL	Cooperativa Central dos Produtores de Leite
CFVV	Clínica da Família Victor Valla
CGI	Conselho Gestor Intersetorial
CHP2	Centro de Habitação Provisória 2
COMACS	Comissão de Agentes Comunitários de Saúde de Manguinhos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRJ	Centro de Referência da Juventude
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
DM	Diabetes Mellitus
DSP	Diagnóstico Situacional Participativo
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC	Fundação de Apoio Privado à Fiocruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
INAD	Instituto de Nutrição Anne Dias
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPP	Instituto Pereira Passos

ISF	Instituto Soroterápico Federal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
PDTSP	Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde Pública
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROMORAR	Programa de Erradicação de Favelas
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TJ	Tribunal de Justiça
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VSP	Vila São Pedro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	Erro! Indicador não definido.
OBJETIVOS.....	Erro! Indicador não definido.
METODOLOGIA.....	11
1. CONHECENDO O COMPLEXO DE MANGUINHOS	13
1.1. ASPECTOS FÍSICOS	13
1.1.2. Mapa de risco do território	25
1.2. ASPECTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS	27
1.2.1. Trabalho, renda e educação	28
1.2.2. Cultura, lazer e religião	31
1.2.3. Meios de transporte e redes de comunicação	33
1.2.4. IDS comparativo com outros bairros da cidade	35
1.3. TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS)-ESCOLA- MANGUINHOS	36
1.3.1. Conselho Gestor Intersetorial - CGI.....	38
2. REDES DE ATENÇÃO	38
2.1. REDES DE APOIO NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS – CAH E VSP	40
2.2. ESQUEMA INTRASSETORIAL CSEGSF – PROFISSIONAIS DO AMBULATÓRIO	41
3. CONHECENDO O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA ...	45
3.1. ÁREA DE ABRANGÊNCIA	46
3.2. POPULAÇÃO ADSCRITA: TOTAL, DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E POR SEXO.....	46
3.3. ESTRUTURA FÍSICA, NÚMERO DE S E QUADRO DE PESSOAL	47
3.4. PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE ACERCA DO SERVIÇO DE SAÚDE.....	49
4. CONHECENDO A SUA ÁREA, A DE SF E SUA POPULAÇÃO	51
4.1. ÁREA DE ABRANGÊNCIA E POPULAÇÃO CADASTRADA.....	51
4.2. MICROÁREAS E SUAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS.....	54
4.3. COMPOSIÇÃO DA	58
4.4. O PROCESSO DE TRABALHO DA	59
5. CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	60
5.1. HIPERTENSÃO E DIABETES.....	60

5.1.1. Centro de Saúde	60
5.1.2. Harmonia.....	61
5.2. TUBERCULOSE.....	63
5.2.1. Centro de Saúde	64
5.2.2. Harmonia.....	65
5.3. SÍFILIS	66
5.3.1. Centro de Saúde	66
5.3.2. Harmonia.....	68
5.4. OUTRAS DOENÇAS, AGRAVOS E QUESTÕES DE SAÚDE QUE SEJAM RELEVANTES NA UNIDADE E NA	69
5.4.1. Arboviroses	70
5.5. MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO DA HARMONIA.....	73
5.6. GESTANTES: 15 A 49 ANOS; GESTANTES < 20 ANOS E > 20 ANOS	74
5.7. CRIANÇAS < 1 ANO	76
5.8. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS FAMÍLIAS	76
6. REGISTROS E SISTEMA ELETRÔNICO DE SAÚDE . Erro! Indicador não definido.	
7. QUADRO-SÍNTESE DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS ENCONTRADOS COM A DESCRIÇÃO DOS PROBLEMAS, DEFINIÇÃO DAS NECESSIDADES QUE GERAM E DAS POTENCIALIDADES PARA ENFRENTAMENTO	Erro! Indicador não definido.
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	79
ANEXOS.....	85

O trabalho que segue objetiva apresentar o Diagnóstico Situacional Participativo construído de maio a julho de 2019, como proposta de atividade da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP/Fiocruz, no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), em Manguinhos. Os residentes estão alocados na Harmonia, que assiste as regiões da Vila São Pedro (VSP) e Comunidade Agrícola de Higienópolis (CAH), locais limítrofes ao bairro de Bonsucesso.

O diagnóstico é fundamental na estruturação da atenção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um determinado território e na avaliação constante das modificações deste. É uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população que inclui a identificação dos principais problemas nas áreas da saúde, social, econômica, cultural, ambiental, físico-territorial e político-institucional para, posteriormente, planejar e programar ações relacionadas ao território.

Sua construção deve ser feita através dos residentes multiprofissionais, os profissionais do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) e os usuários do mesmo (SOUZA et al, 2017,p. 3946).

O diagnóstico auxilia na identificação das dificuldades e necessidades a serem enfrentadas e revela as potencialidades do território, por meio da análise dos determinantes e condicionantes em cada situação. É um instrumento de trabalho, que deve auxiliar as s de saúde, os gestores e a população a encontrar soluções conjuntas e adequadas que possam melhorar as condições de vida e saúde locais.

A área de Manguinhos está localizada na zona Norte do Rio de Janeiro, às margens da Baía de Guanabara, ocupada ao longo do século XX por moradias populares que se instalaram devido a ações e em grupos, ou por meio de políticas públicas habitacionais com um quadro que contrapõe o abandono dos governantes e a luta dos moradores (COSTA; FERNANDES, 2013).

Assim como toda favela no Rio de Janeiro, a ocupação de Manguinhos é fruto de um intenso campo de disputa política em busca de acesso a condições de moradia dignas, saneamento, cultura e lazer, ou seja, acesso ao direito à cidadania.

Essa ocupação ocorreu em diferentes épocas e contextos, com culturas e ideias diferentes, assim criou-se inúmeras e fragmentadas territorialidades em consequência dos diversos atores, públicos e privados. Entender essas diversas territorialidades com a participação da população do território é um desafio para compreensão das necessidades e construção das intervenções em Manguinhos (PORTO; PIVETTA.2009 *apud* CARVALHO; PIVETTA. 2012, p.12).

No território de Manguinhos pode-se contar com a atuação do Projeto do Território Integrado de Atenção à Saúde em Manguinhos (TEIAS-Escola-Manguinhos) que busca ampliar o conceito de Rede de Atenção à Saúde, compreendendo o território como um espaço vivo de aprendizagem, pesquisa, intervenção, monitoramento e avaliação de ações, tanto intrasetorial quanto intersetorial. Essas ações se articulam com a gestão dos indivíduos, suas famílias e coletivos, possibilitando maior integralidade (CARVALHO, PIVETTA, 2012).

O diagnóstico auxilia na identificação das dificuldades e necessidades a serem enfrentadas e revela as potencialidades do território, por meio da análise dos determinantes e condicionantes em cada situação. É um instrumento de trabalho, que deve auxiliar as equipes de saúde, os gestores e a população a encontrar soluções conjuntas e adequadas que possam melhorar as condições de vida e saúde locais.

Os objetivos deste Diagnóstico Situacional Participativo são:

- a) Observar, identificar, descrever e analisar o território em que a unidade está inserida, buscando compreender as necessidades, fragilidades e potencialidades, a partir de informações de pesquisadores, moradores e trabalhadores de Manguinhos;
- b) Conhecer a história e organização dos processos de trabalho do CSEGSF, com maior atenção à Harmonia;
- c) Traçar o perfil epidemiológico da população adscrita no CSEGSF e na Harmonia;
- d) Elaborar propostas de ação para os problemas identificados.

METODOLOGIA

Ao nível da pesquisa quali-quantitativa, os instrumentos de trabalho utilizados foram: pesquisa bibliográfica/eletrônica, observação participante, diário reflexivo de campo, mapa falante, análise epidemiológica descritiva de dados secundários e entrevistas semiestruturadas de caráter aberto.

1. Pesquisa bibliográfica/eletrônica: importante para reunião de informações concernentes ao roteiro do Diagnóstico Situacional Participativo (DSP), que serviram de base à construção do respectivo estudo.

2. Observação Participante: define-se como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica (VELOZO, 2019).

No presente diagnóstico, os residentes participaram do cenário de trabalho do CSE, analisaram seu contexto global, bem como a realidade social de alguns de seus grupos sociais,

conflitos e tensões existentes; conheceram também a comunidade de Manguinhos, com exceção da Vila Turismo, e equipamentos no território em companhia da articuladora comunitária Patrícia Evangelista e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Harmonia, a saber: Clínica da Família Victor Valla, Unidade de Pronto Atendimento Manguinhos, Associação de Moradores da Comunidade Agrícola de Higienópolis e Nelson Mandela; Centro de Referência da Juventude (CRJ) Manguinhos; Centro de Atenção Psicossocial Carlos Augusto Magal.

3. Mapa Falante: esta técnica pode ser considerada como um potente instrumento para fazer uma leitura da realidade a partir de suas diversas dimensões, facilitando uma análise crítica da situação encontrada e o planejamento de ações voltadas especificamente para o espaço analisado (FERREIRA; PEREIRA, 2013, p. 31).

Sua elaboração se deu a partir da participação de membros do CSE e da comunidade de Manguinhos juntamente com os residentes. Constituiu-se uma construção reflexiva pautada na história de Manguinhos, seus atravessamentos, sua característica social enquanto território e daqueles que ali vivem, bem como suas crenças, contextos e percepções.

4. Análise epidemiológica descritiva: é aquela delineada para análise da distribuição de doenças, agravos e condições de saúde. Ela sobreleva as características e contextos de determinada região, pessoas ou tempo. No respectivo diagnóstico utilizou-se bancos de dados secundários de abrangência local, municipal, estadual e nacional, como: Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2019), Vigitel (BRASIL, 2018), e-SUS, planilha de dispensação de medicamentos do tratamento de tuberculose (Central de Abastecimento Farmacêutico [CAF]/Farmácia do CSEGSF) e planilha do setor de vigilância epidemiológica do CSEGSF sobre arboviroses e sífilis.

Desde dezembro de 2018, no CSEGSF, o Sistema Prime Saúde foi substituído pelo e-SUS, um sistema público de apoio à gestão do processo de trabalho, desenvolvido para atender às necessidades de da atenção básica (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS, 2019). A busca de dados se deu cerca de oito meses após a mudança de sistema, porém nem todos os dados do sistema Prime foram transferidos para o e-SUS.

Sendo assim, o levantamento de dados secundários sobre os usuários do CSEGSF foi exportado do e-sus no dia 21/06/2019. Obteve-se dados sobre gênero e faixa-etária dos usuários, identificação deles quanto à raça/cor, situação no mercado de trabalho; tipos de imóveis cadastrados na microárea, tipo de domicílio dos usuários cadastrados, situação do escoamento do banheiro e do destino do lixo, risco cardiovascular (hipertensos e diabéticos), incidência de tuberculose por microárea, gestantes/puérperas e crianças menores de 5 anos.

Os relatórios de cadastro domiciliar e territorial e de cadastro individual estavam distribuídos por e, dentro da , por profissional. Foram utilizados os relatórios gerais de cada e apenas os relatórios dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), inclusive os que estavam como “ACS - profissional não cadastrado”, da Harmonia. Já os relatórios operacionais de risco cardiovascular, de gestante/puérpera e de crianças menores de 5 anos foram coletados por microárea dentro da Harmonia (1, 2, 3, 4, 5, 6 e fora de área).

Os dados de notificação do CSEGSF de sífilis e arboviroses foram obtidos através da planilha não nominal do setor de vigilância da unidade. A de arboviroses acumula dados de 11/01/2017 a 01/07/2019, enquanto a de sífilis compreende dados de 01/2016 a 06/2019.

Os dados sobre a tuberculose foram coletados tanto do relatório de cadastro individual quanto da planilha de dispensação de medicamentos do componente estratégico de tuberculose, fornecida pela CAF/Farmácia do CSEGSF no dia 15/07/2019, contendo dados de 2015 até o dia 13/07/2019.

5. Entrevistas semiestruturadas: Trata-se de uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, destinada à obtenção de informações sobre uma determinada experiência ou circunstância (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram feitas com a autorização dos depoentes e registradas através de anotações, em áudio ou em vídeo. Para análise dos dados foi utilizado a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin (2011), a qual, segundo a autora, corrobora para a descoberta dos sentidos das palavras e a frequência que os mesmos se apresentam em uma comunicação.

Quanto à condição de abastecimento de água das moradias o Censo demonstra (quadro 2 abaixo) que quase 60% utiliza água de rede não oficial e o destino do escoamento das casas vai em sua maioria (67,9%) para a rede geral de esgoto (anexo C), porém esse esgoto não recebe tratamento com destinação final adequada; mesmo após as obras do PAC, o esgoto tem sido depositado nos rios que estão no entorno (SILVA, 2012).

1. CONHECENDO O COMPLEXO DE MANGUINHOS

1.1. ASPECTOS FÍSICOS

Em meados de 1565, abraçada entre os rios Faria e Timbó, nasce a fazenda Capão do Bispo, uma das mais antigas e longevas propriedades rurais do Estado do Rio de Janeiro. Tanto ela quanto a fazenda dos Macacos, de São Cristóvão, do Engenho Novo e outras à época, foram doadas por Estácio de Sá, representante da Coroa Portuguesa por meio do sistema de sesmaria, com objetivo de povoar e cultivar as terras da então colônia de Portugal.

Neste mesmo local, o bairro Freguesia de Inhaúma (1743 - 1920), se destaca pela instalação da fazenda da Rainha Carlota Joaquina, que além do engenho de cana de açúcar, produzia café (GERSON, 2013). A região compreendia as terras onde hoje estão os bairros de Pilares, Inhaúma, Engenho da Rainha, Higienópolis, Manguinhos, Bonsucesso, e se estende até a Penha.

Manguinhos, como o próprio nome diz, era uma região pantanosa e alagadiça, contornada pela estrada real de Santa Cruz (atual Av. Dom Hélder Câmara) e pela estrada da Penha (atual Av. dos Democráticos).

Seu litoral chegava rente ao morro do Amorim, nome dado pela representatividade de João Dias Amorim, dono de uma grande carvoaria situada na fazenda dos Manguinhos (RONCO; LINHARES, 2012). No litoral e nos rios de sua adjacência, havia a circulação de navegações com cabotagens e canoas. Também eram presentes nessa localidade, lavouras açucareiras que eram voltadas para exportação, preeminentes do século XVI ao XVIII.

Nessa época, no abrangente bairro Freguesia de Inhaúma, o acesso à fazenda de Manguinhos somente se dava por terra. Desta forma, para a facilitação da exportação dos produtos agrícolas, grandes responsáveis ao fortalecimento da economia do país, trabalhadores do campo se unem em prol da construção meios favoráveis ao escoamento dos seus produtos. Assim, constrói-se estações ferroviárias por todo Brasil, como a Estrada de Ferro Leopoldina Railway, responsável pelo desenvolvimento agrícola e urbano de algumas cidades, bairros e contribuiu ao progresso da região de Manguinhos.

Em 1886, a inauguração da Estação do Amorim, a posteriori rebatizada como Estação Carlos Chagas, hoje denominada como Estação de Manguinhos, contribuiu para o crescimento populacional da região, assim como outras importantes construções, a saber: o aeroporto de Manguinhos e Avenida Brasil.

Nos anos seguintes, após uma série de desapropriações, a que ocorreu ao lado do morro do Amorim pelo governo de Campos Sales, deu início à construção do Instituto Soroterápico Federal (ISF), que no dia 25 de maio de 1900, foi inaugurado. Presidido pelo barão de Pedro Afonso, teve a função de fabricar vacinas e soros para as doenças que afastavam os navios estrangeiros dos portos brasileiros, causando prejuízos incalculáveis ao comércio internacional (OLIVEIRA; COSTA; PESSOA, 2003).

O acesso dos funcionários do ISF, se dava por terra, pela estação do Amorim e agora, também pelo cais, construído para facilitar sua chegada.

Por indicação do importante cientista francês Louis Pasteur, o bacteriologista Oswaldo

Cruz assumiu a direção técnica do ISF. A posteriori, ele e barão de Pedro Afonso tiveram um desentendimento que ocasionou o desligamento de ambos do ISF. O governo federal no entanto, elegeu Oswaldo Cruz como novo diretor do ISF em 1902 e, no ano seguinte, promoveu-o a diretor-geral de Saúde Pública, cargo que hoje corresponderia ao de ministro da Saúde (OLIVEIRA; COSTA; PESSOA, 2003).

Ao assumir a direção do ISF, Oswaldo Cruz dá início à construção de novas instalações para as pesquisas, que eram feitas precariamente nas antigas casas de fazenda (SILVA, 2011). Assim surgiu o que hoje é o conjunto histórico de Manguinhos: o prédio da Cavalaria, onde eram mantidos cavalos inoculados para a produção do soro antipestoso; o Pavilhão da Peste, onde o soro era fabricado a partir dos anticorpos produzidos pelos cobaias; e, finalmente, o Castelo Mourisco, obra idealizada por Oswaldo Cruz, símbolo da ciência brasileira (OLIVEIRA; COSTA; PESSOA, 2003).

A implantação da estrada de ferro Leopoldina Railway, do aeroporto de Manguinhos (anexo X) e da Avenida Brasil contribuíram para o crescimento populacional de Manguinhos, que assim como outras áreas consideradas favelas, sofreu com a dessimetria e com o descompasso entre a formulação e a prática das políticas públicas, fossem elas de cunho habitacional, urbanas ou sociais. Até essas implantações, regiões estuarinas eram aproveitadas como aterro sanitário no Rio de Janeiro, logo, Manguinhos por ser cortado pelos rios Faria-Timbó e Jacaré, tornou-se um lugar propício à essas práticas.

Ao longo do século XX, há registros de fluxos imigratórios expressivos no Rio de Janeiro. No Morro do Amorim ou Parque Oswaldo Cruz, comunidade mais antiga da região, detecta-se segundo Fernandes e Costa (2009), uma ocupação típica das primeiras décadas do século XX, de origem portuguesa, característica dos subúrbios cariocas. Observa-se ali também, ocupação do espaço por funcionários do que hoje denomina-se como Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e pessoas que ali buscavam um emprego. Apesar de Manguinhos ser hoje um bairro atrelado ao comércio ilegal de drogas, à violência e à criminalidade, inclusive policial (CARDOSO, 2004), o Amorim, não foi ocupado, ao menos de forma conflituosa, por facções criminosas.

A área oficialmente denominada Vila União apresentou, também, uma pequena ocupação a partir de 1913, iniciada por um migrante português, através de contrato de aluguel com a União/Ministério da Justiça, muito antes da configuração e da designação de Vila União, o que só ocorreu em 1955 (FERNANDES; COSTA, 2009). O respectivo nome da comunidade, se deu por este ser um terreno da união e suas ocupações na década de 1950 foram impulsionadas pelo quartel ali presente, que construiu casas de alvenaria para alguns

funcionários. Hoje ela é formada por três conjuntos habitacionais, a saber: Casa da Moeda, Tiradentes e Ex-combatentes (FERNANDES; COSTA, 2012).

Na década de 1940, ocorre a ocupação de área de várzea, entres os rios Faria-Timbó e Jacaré, por moradores provenientes de diversas regiões da cidade e de outros estados, dando origem a comunidade Parque Carlos Chagas ou Varginha (FERNANDES; COSTA, 2013).

As comunidades do Parque João Goulart, Centro de Habitação Provisória 2 (CHP2) e Vila Turismo podem ser observadas em conjunto, devido à proximidade espacial e à lógica político-social. A implantação destas comunidades, segundo Fernandes e Costa (2009), está relacionada às ações da Fundação Leão XIII que se responsabilizava pelo deslocamento e assentamento das favelas de áreas centrais e mais valorizadas da cidade para outros locais, como Manguinhos.

A VSP, começou a ser ocupada no início da década de 1980 por pessoas provenientes do morro do Alemão e comunidades adjacentes. Após um grande incêndio, a área foi reurbanizada, fato que resultou na construção de algumas de suas ruas e a substituição de barracos por casas de alvenaria. Em 2010, havia 330 moradias nesta comunidade contendo ao todo, 1003 habitantes (IBGE, 2010).

A CAH teve início após problemas corriqueiros que aconteciam na VSP, como incêndios e alagamentos. Alguns de seus moradores tiveram a iniciativa de criar uma horta comunitária na ponta do terreno que pertencia ao Abrigo Cristo Redentor. Esse propósito teve fim com a denúncia de que utilizava-se para regar a horta, água suja proveniente dos rios Faria-Timbó, quando na verdade usufruía-se da originária da 21ª Delegacia Policial e do referido abrigo. Houve um movimento de desapropriação da horta, entretanto, casas eram construídas rapidamente. No censo de 2010, havia 1209 habitantes em 390 domicílios na CAH (IBGE, 2010).

Em torno das instalações do Correios e da Embratel, Inicialmente foram construídos os conjuntos Nelson Mandela, Samora Machel e Mandela de Pedra/Mandela II. As comunidades Embratel/Samora II, Vitória de Manguinhos/Conab e Embratel/Nova Mandela, são frutos de uma ocupação associada ao desativamento de empresas e à tentativa de garantia de propriedade da terra ou de indenização.

Quadro 1 - Comunidades do Complexo de Manguinhos por data de criação e/ou ocupação

Comunidades	Origem ou reestruturação (ano)
Parque Oswaldo Cruz/Morro do Amorim	1901
Comunidade Vila União	1915 e 1955
Parque Carlos Chagas/Varginha	1941
Parque João Goulart	1951
Comunidade Vila Turismo	1951
Centro de Habitação Provisória nº 2 (CHP2)	1951
Vila São Pedro	1983
Comunidade Agrícola de Higienópolis	1988
Conjunto Habitacional Nelson Mandela	1990
Conjunto Habitacional Samora Machel	1991
Comunidade Mandela de Pedra	1995 e 2010
Comunidade Embratel/Samora II	2001
Comunidade Vitória de Manguinhos/ Conab/Cobal	2002
Comunidade/Condomínio CCPL	2005
Comunidade Embratel II/Condomínio Embratel	2007 e 2010
Condomínio DSUP	2010

Fonte: elaborado própria

Em síntese, Manguinhos, reconhecido como um bairro pelo Decreto Municipal nº

7.980 de 12 de agosto 1988, hoje faz parte da X Região Administrativa. Ele limita-se entre algumas das principais vias da Zona Norte: Avenida Dom Hélder Câmara, Avenida dos Democráticos, Rua Leopoldo Bulhões, Linha Amarela e Avenida Brasil.

Nele houve uma intensa ocupação secular constituindo-se segundo Fernandes e Costa (2013, p.123), um conjunto bastante diversificado de habitações com características em geral de favelas sem legalização e fora dos padrões formais estabelecidos de moradia e com serviços públicos ausentes ou precários, com um total de aproximadamente 45.000 habitantes no censo de 2010 (IBGE, 2010).

Esta é uma região caracterizada também por sérios problemas ambientais, como a poluição do ar, dos rios e do solo, devido ao lançamento de dejetos in natura, tanto das fábricas como das moradias. A proximidade do bairro com a Avenida Brasil e a Refinaria de Petróleos de Manguinhos S.A, também contribuem ao cenário, fazendo com que Manguinhos ocupe o lugar de segunda região mais poluída do Rio de Janeiro (BIANCO, 2011).

A palavra “complexo” significa um agrupamento de favelas, que foi inicialmente usado por órgãos policiais para melhor identificar a ampliação e fortalecimento das facções criminosas (BIANCO, 2011). O termo foi adotado pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e incorporado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para definir áreas de ocupações desordenadas, adensadas e carentes de políticas públicas. Segundo Fernandes e Costa (2012) porém, a nomenclatura não é utilizada pelos moradores em geral.

Ao todo, 14 comunidades foram contempladas pelo projeto, apesar de nem todas pertencerem à delimitação do bairro ou do Complexo de Manguinhos. Algumas comunidades foram incluídas devido à proximidade e às condições igualmente precárias, como a CCPL e Favela Vila Vitória por exemplo, que estão localizadas na região de Benfica.

O Fórum Social de Manguinhos, com uma atuação ativa, foi coadjuvante no processo de introdução do bairro no mapa do PAC, que teve segundo Bianco (2011), entre as principais demandas da população, o saneamento básico, o lazer, o abastecimento de água potável e moradia.

O PAC é um programa de incentivo ao desenvolvimento instituído para promover o crescimento econômico, a geração de empregos, a redução das vulnerabilidades e a melhoria das condições de vida da população brasileira. Ele foi implementado em 2008 em Manguinhos e assim, pode-se elencar, segundo Pivetta (2012), melhorias no saneamento básico, no calçamento de ruas, na construção dos Conjuntos Habitacionais construídos na antiga área do DSUP, a construção do Colégio Estadual Luiz Carlos da Vila, da Biblioteca

Parque de Manguinhos, do Centro Esportivo de Manguinhos, da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), da Casa da Mulher, do Centro de geração de renda, do Centro de Referência da Juventude (CRJ) e a elevação da via férrea.

Não há dúvida que o PAC foi positivo para Manguinhos, porém, a participação social, aquela presente nos fóruns e outros espaços, não teve durante o andamento do programa na região, a devida atuação, fato que pode estar contribuindo ao grande distanciamento entre as promessas feitas à época e a efetividade das transformações propostas, não obstante, os alagamentos ainda são frequentes, o saneamento em alguns lugares do bairro ainda são precários, o status quo de vulnerabilidade social são próximos aos que eram vivenciado antes do PAC.

No decurso histórico de Manguinhos, programas foram criados pensando no desenvolvimento para a região, entretanto, dificilmente eles eram implantados ou traziam alguma melhoria à população.

No Plano da Cidade do Rio de Janeiro, que incorporava a proposta do park-way Faria-Timbó e o Plano Agache (1927–1930), tinha a preocupação de transformar Manguinhos em um bairro industrial urbanizado, viabilizando uma ocupação ordenada, salvaguardando os interesses dos futuros moradores da região, proporcionando o saneamento, moradia, lazer e transporte (REIS, 1943). Esses projetos limitaram-se, apenas, ao aterramento, à retificação de rios e à construção de alguns conjuntos habitacionais.

No governo de Negrão de Lima, prefeito à época, intensificou-se a remoção de ocupações irregulares. No de Carlos Lacerda, houve a implementação do Projeto Rio e o Programa de Erradicação de Favelas (PROMORAR), em que apenas algumas favelas passaram por um processo de urbanização, que não foi o caso de Manguinhos, apesar de haver desapropriações ali. Seguindo a linha do tempo, o governador Leonel Brizola, incorporou projetos de urbanização nas favelas, o que estimulou muitas ocupações e que os moradores substituíssem os barracos por casas de alvenaria. Assim aconteceu em Manguinhos, que apesar do programa “Cada família um lote”, que tinha por objetivo segundo Araújo (1989), promover a regularização fundiária em áreas faveladas e implantar o saneamento básico, sua população permanece sem a legalização de suas propriedades e o bairro, sem a urbanização. Na década seguinte, na gestão de César Maia, o Programa “Favela-Bairro” também não ofereceu o retorno desejado à região.

Segundo informações do IBGE de 2010 o bairro de Manguinhos conta com uma população de 36.160 habitantes, sendo 17.284 (47,8%) homens e 18.876 (52,2%) mulheres. O considerado Complexo de Manguinhos tem cerca de 45.000 habitantes (IBGE, 2010). Após

nove anos desse dado podemos supor que esse número tenha aumentado, à medida que a estimativa de aumento da população do município do Rio de Janeiro para 2018 (IBGE, 2018) foi de quase 400 mil pessoas. Além disso, não houve grandes impactos das políticas de habitação que pudessem atender as demandas por moradia na cidade, fazendo com que um grande contingente vá para territórios cada vez mais precários. Ressalta-se também o contexto atual de crise, com altos índices de desemprego e aumento da pobreza.

O levantamento do Instituto Pereira Passos (IPP) de 2017 indica que as favelas voltaram a crescer entre 2012 a 2016. O estudo revela que a área total das 1.018 comunidades cariocas aumentou 0,31% no período, o que representa um total de 46,12 milhões de metros quadrados, área correspondente a dois morros Pavão-Pavãozinho¹. A relação de crescimento desses locais tem se dado não somente pela ampliação na área horizontal dos locais, mas também pelo aumento vertical das moradias, fenômeno observado em alguns locais de Manguinhos.

A bibliografia sobre o Complexo de Manguinhos não é consonante em relação à quantidade de comunidades que a compõe, indo de doze (12) a dezesseis (16) favelas (SILVA, 2012). Segundo Silva (2012) as justificativas são múltiplas, vão desde a localização geográfica, transitando pela identidade de algumas favelas com a localidade em questão, até como possibilidade para o recebimento de recursos que vieram com as intervenções do PAC.

Informações do Censo Domiciliar e Empresarial de Favelas, apresentado em março de 2010² apontam para a existência de 11.557 domicílios no Complexo de Manguinhos. Os dados disponíveis mais detalhados acerca de cada favela contemplam 13 comunidades, que estão referenciadas nas tabelas abaixo. A população de cada comunidade, quantidade de domicílios e de habitantes por domicílio, assim como a área e a densidade demográfica de cada uma dessas comunidades está disposta na tabela abaixo.

Podemos perceber que entre as treze comunidades a que possui maior densidade demográfica é o Parque João Goulart, uma das primeiras ocupações do território de Manguinhos, da década de 1950. Logo em seguida, com densidade de 960,6 está o Conjunto Samora Machel, conjunto habitacional do início dos anos 90. O Parque Oswaldo Cruz é o local com maior número de habitantes, com 4.776 pessoas.

Cabe ressaltar que mesmo a comunidade e o conjunto que apresentam menor

¹ Conjunto de favelas situado na zona sul no município do Rio de Janeiro, entre os bairros de Copacabana e Ipanema.

² Executado pelo Escritório de Gerenciamento de Projetos (EGP) da Secretaria da Casa Civil do governo do estado do Rio de Janeiro, esse Censo serviu de embasamento para as intervenções do PAC. Teve duração de um ano (2008/2009) e foi concluído e apresentado em 2010. (SILVA, 2012). Responderam as entrevistas 9.605 pessoas.

densidade demográfica (Vila União com 408,9 hab/ha e Conjunto Ex-combatentes e Suburbana com 420,1 hab/ha) são mais densos que a cidade do Rio de Janeiro como um todo,

Comunidades/Conjuntos	População	Domicílios	Habitantes por Domicílio	Área (m²)	Densidade demográfica (hab/ha)
Parque João Goulart	3.758	950	3,96	31.177	1167,9
Vila Turismo	4.748	1.604	2,96	74.906	633,9
CHP-2	3.908	1.136	3,44	71.979	542,9
Parque Carlos Chagas	1.152	353	3,26	24.250	475,0
Vila União	994	324	3,07	24.308	408,9
Vila São Pedro	1.003	330	3,04	11.681	858,7
Comunidade Agrícola de Higienópolis	1.209	390	3,10	19.550	618,4
Parque Oswaldo Cruz	4.776	1.232	3,88	63.687	749,9
Vitória de Mangueiros	1.277	368	3,47	22.976	555,8
Conjuntos Ex-combatentes e Suburbana	1.389	463	3,00	33.065	420,1

que possui uma relação de 110,7 habitantes por área. A média de habitantes por domicílio também é superior à média do município do Rio de Janeiro (3,33 pessoas para 2,94 do Rio).

As comunidades que a Harmonia atende - Vila São Pedro e Comunidade Agrícola de Higienópolis - possuem pouca área e número de domicílios se comparadas às outras comunidades do complexo, porém possuem grau relativamente elevado de densidade demográfica. Uma característica das duas regiões é a verticalização das moradias, fenômeno que pode contribuir para esse índice.

Conjunto Nelson Mandela	3.121	965	3,23	64.013	487,6
Conjunto Samora Machal	3.740	1.134	3,30	38.935	960,6
Mandela de Pedra	4.196	1.162	3,61	69.253	605,9
Total	35.271	10.411	3,33	549.780	652,7
Rio de Janeiro	6.320.446	2.143.446	2,94	570.917.463	110,7

Tabela 1- População, Domicílios, Habitantes por Domicílio, Área e Densidade Demográfica segundo as Comunidades e Conjuntos de Manguinhos e Município do Rio de Janeiro - 2010

Fonte: adaptado de Instituto Pereira Passos, 2017

Em relação à faixa etária da população a tabela 2 abaixo demonstra os dados dispostos pelas faixas de 0 a 14 anos (crianças), de 15 a 29 anos (jovens), de 30 a 64 anos (adultos) e mais de 65 anos (idosos). Podemos perceber que o número de idosos, por exemplo, não é tão elevado na maioria das comunidades, o maior índice é de 10% no conjunto Ex-combatentes. Já o número de crianças no mesmo conjunto é o menor dentre todos os outros (17%). De forma geral a maioria da população relativa é de adultos (41%), tendência que se repete na Vila São Pedro e Comunidade Agrícola de Higienópolis, em que 39% e 42% respectivamente estão na faixa de 30 a 64 anos.

Comparado ao Rio de Janeiro as maiores distâncias entre os índices estão na faixa etária das crianças e dos idosos, enquanto Manguinhos apresenta média relativa de 27% de pessoas de 0 a 14 anos no total, o município tem apenas 19%. Na faixa de mais de 65 anos o índice de Manguinhos estava em 5% e o do município em 10%.

Tabela 2- Total e percentual de Crianças, Jovens, Adultos e Idosos segundo as Comunidades e Conjuntos de Manguinhos e Município do Rio de Janeiro– 2010

Comunidades/Conjuntos	Faixa Etária									
	0 a 14		15 a 29		30 a 64		65 +		Total	
	Pessoas	%	Pessoas	%	Pessoas	%	Pessoas	%	Pessoas	%
Parque João Goulart	1.430	29%	1.395	28%	2.019	40%	170	3%	5.014	100%
Vila Turismo	1.138	24%	1.119	25%	2.101	44%	310	7%	4.668	100%
CHP-2	1.178	30%	1.113	28%	1.475	38%	142	4%	3.908	100%
Parque Carlos Chagas	355	31%	294	25%	465	40%	43	4%	1.157	100%
Vila União	220	22%	250	25%	451	45%	73	7%	994	100%
Vila São Pedro	268	27%	327	33%	391	39%	17	2%	1.003	100%

Comunidade Agrícola de Higienópolis	296	24%	353	29%	504	42%	56	5%	1.209	100%
Parque Oswaldo Cruz	1.215	25%	1.297	27%	2.037	43%	227	5%	4.776	100%
Vitória de Mangueiros e Mandela de Pedra	2.198	36%	1.642	27%	2.137	35%	48	1%	6.025	100%
Conjuntos Ex-combatentes e Suburbana	239	17%	341	25%	664	48%	145	10%	1.389	100%
Conjunto Nelson Mandela	907	29%	919	29%	1.202	39%	93	3%	3.121	100%
Conjunto Samora Machal	890	28%	825	26%	1.383	43%	90	3%	3.188	100%
Total	10.334	27%	9.875	27%	14.829	41%	1.414	5%	36.452	100%
Rio de Janeiro	19%	24%	46%	10%	100%					

Fonte: adaptado de Instituto Pereira Passos, 2017

As condições de habitação do complexo de Mangueiros são condizentes com a histórica ocupação do território, na maioria das vezes desordenada, em diferentes épocas. Segundo Fernandes e Costa (2013) formou-se um conjunto diversificado de favelas, com moradias fora dos padrões e sem a devida regularização fundiária, além de serviços públicos precários ou ausentes para a população. São evidentes questões de saneamento, poluição dos rios e áreas insalubres, tanto externas quanto internas as moradias. Para Silva (2012, p. 41)

o perfil habitacional do Complexo de Mangueiros denuncia a precariedade e a inadequação das habitações: paredes inacabadas, casas expostas ao calor intenso e excessivo, áreas insalubres, o que provoca a proliferação de alguns vetores. A ausência de uma habitação saudável é reclamada pela população quando lhe é perguntado a respeito das condições de sua moradia.

Segundo o Censo Domiciliar do Complexo de Mangueiros (2010) - quadro anexo A- o material predominante na construção das casas é em sua maioria a alvenaria (76% dos locais), cerca de 20,5% é de madeira, 2,2% de material misto e 0,1% de restos de material. 1,2% das pessoas responderam que não sabem qual o material predominante na construção da casa. O fato da maioria das moradias ser de alvenaria não significa necessariamente melhores condições, à medida que a experiência nas comunidades demonstra construções inacabadas, com circulação de ar e entrada de luz muito precárias. O tipo de domicílio que predomina é aquele com “casa compartilhando parede e/ou laje com outra” (72,6%). 21,7% são casas isoladas e apenas 3,2% apartamentos.

Em relação a situação do imóvel o Censo constata que 74,2% são próprios (já pagos/quitados). Contudo, é importante perceber que as habitações próprias estão asseguradas através de uma formalização da associação de moradores de cada território, em sua grande maioria (70,8%). Uma porcentagem de 12,7% ainda não possui nenhum documento que assegure que o imóvel é de sua propriedade. Apenas cerca de 10% possui registro em cartório ou escritura. E os imóveis ocupados correspondem a 11,2% do total e os alugados a 8,7%. O

quadro com a situação mais detalhada dos imóveis encontra-se no anexo B, bem como o gráfico a respeito da documentação dos imóveis próprios.

Quanto à condição de abastecimento de água das moradias o Censo demonstra (quadro 2 abaixo) que quase 60% utiliza água de rede não oficial e o destino do escoamento das casas vai em sua maioria (67,9%) para a rede geral de esgoto (anexo C), porém esse esgoto não recebe tratamento com destinação final adequada; mesmo após as obras do PAC, o esgoto tem sido depositado nos rios que estão no entorno (SILVA, 2012).

Quadro 2 - Abastecimento de água do Complexo de Manguinhos - Mar/2010

Abastecimento de água	Valor Absoluto	Percentual
Rede não oficial	5702	58,4
Oficial com ligação interna	2501	25,6
Oficial com ligação externa	1053	10,8
Poço ou nascente (na propriedade)	170	1,7
Bica ou similar	120	1,2
Outras respostas	18	0,2
Subtotal	9564	98,0
Não tem	36	0,4
Não sabe	160	1,6
Total	9760	100,0

Fonte: Censo Domiciliar Complexo de Manguinhos, 2010

Ao perguntar-se a respeito dos problemas que existem em suas casas, os moradores elencaram na grande maioria questões relacionadas a pouco espaço (67,1%), pouca ventilação natural (61,1%) e pouca iluminação natural (60,3%) das moradias, conforme quadro anexo D. Outros problemas levantados são “fundação, paredes ou chão úmidos” (45,9%) e goteiras (44,3%).

Ao observar os dados apresentados e buscar literatura a respeito das condições de moradia do complexo de Manguinhos, percebe-se que a questão da habitação é um ponto importante na dinâmica desse território. As políticas de urbanização e habitação implementadas tiveram caráter fragmentado e descontínuo ao longo da história de ocupação do território, e em sua maioria não tiveram participação popular efetiva, o que se reflete nas condições atuais encontradas e na dimensão que esse problema ocupa no território.

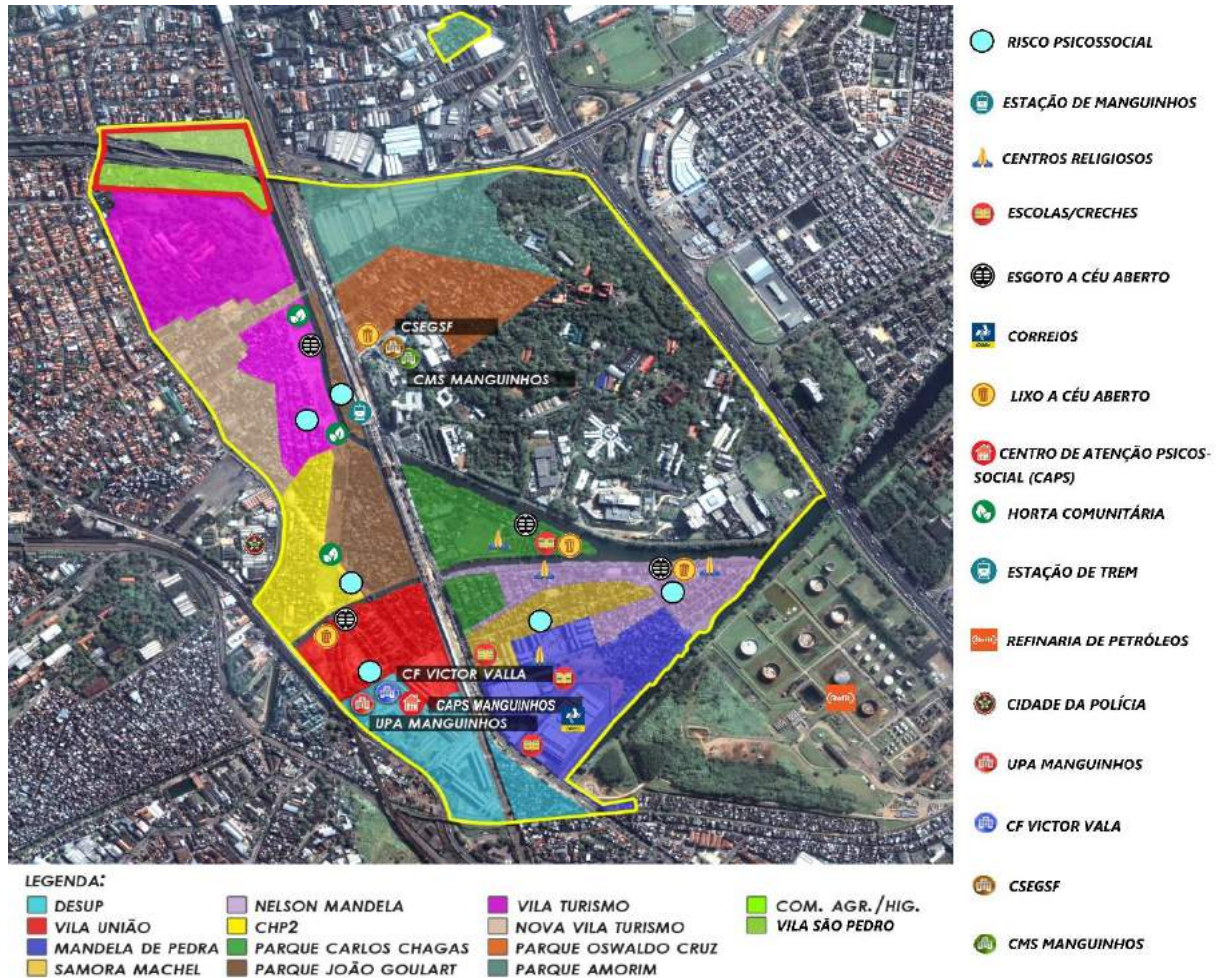
O *déficit* habitacional³ brasileiro tem crescido nos últimos anos, chegando a uma estimativa de 7,77 milhões de unidades em 2017 (FGV; ABRAIN, 2018). Segundo o estudo

³ Por *déficit* habitacional entende-se as deficiências na quantidade de moradias frente às necessidades das famílias. “Tais necessidades são definidas tanto em termos físicos (características construtivas dos domicílios) quanto socioeconômicas (coabitação indesejada, comprometimento excessivo de renda com aluguel etc.)” (FGV, ABRAIN, 2018).

o *déficit* atinge mais as famílias que estão no estrato de até três salários mínimos (91%). A ocupação ou compra de terrenos irregulares, em locais distantes e em áreas de risco ou proteção ambiental são comuns nesse cenário (MARGUTI, 2018). Na compreensão mais ampla de direito a habitação, enquanto “segurança da posse, disponibilidade de serviços de infraestrutura e equipamentos públicos, habitabilidade – que deve garantir proteção contra as variações climáticas e contra eventos extremos e riscos – e a localização adequada” (MARGUTI, 2018, p. 124) o Estado está distante de garanti-lo a essa grande contingente de pessoas que residem no Complexo de Manguinhos.

1.1.2. Mapa de risco do território

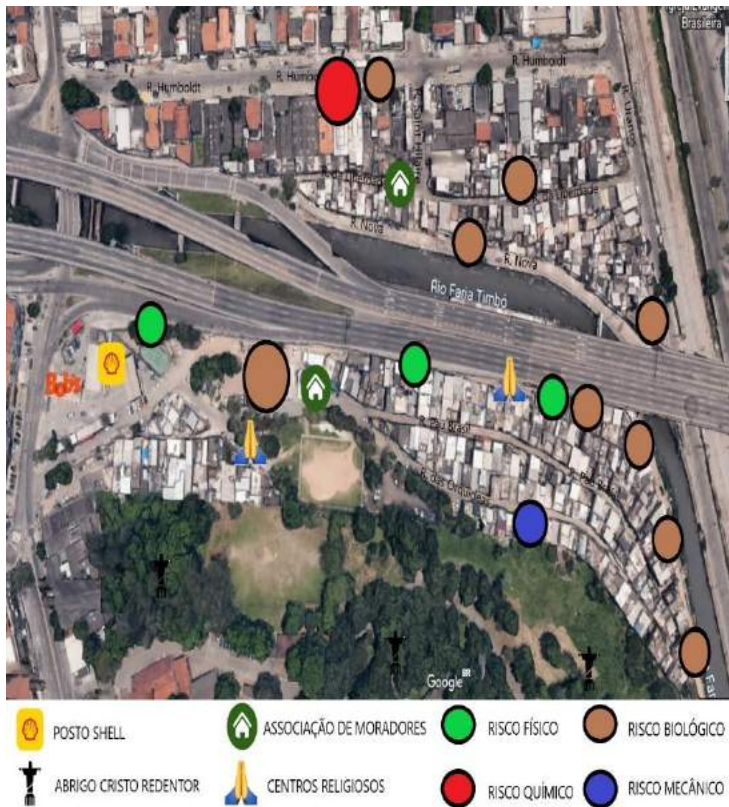
Figura 1 – Mapa de risco do território de Manguinhos 2019



Fonte: elaboração própria

Como mostra a figura acima, Manguinhos possui algumas condições de risco representadas por: 6 marcações de risco psicossocial, relacionados a fatores estressores que afetam diretamente ou indiretamente a saúde mental e as condições sociais da população, como a violência armada, cenários de uso de álcool e drogas, entre outras variáveis. 4 pontos de esgoto a céu aberto, sendo um encontrado na comunidade Nelson Mandela, outro no parque Carlos Chagas, na comunidade Vila União e na comunidade Vila Turismo. O lixo a céu aberto é referido em 4 lugares no território de Manguinhos: Nelson Mandela, parque Carlos Chagas, Vila União, as mesmas do esgoto a céu aberto, e o parque Oswaldo Cruz. A horta comunitária de Manguinhos encontra-se no território da Vila Turismo, sendo a maior horta comunitária em extensão da América Latina. No entanto, há uma tensão no ponto da utilização da água que irriga a plantação da horta, o que gera desconfiança por parte de alguns moradores.

Figura 2 – Mapa de risco da área de abrangência da Harmonia



Fonte: elaboração própria

Os riscos aqui apresentados foram categorizados em algumas classes: os riscos biológicos representam aqueles causados por outros seres vivos, como bactérias, fungos e outros. Sua marcação é estabelecida ao longo de todo Rio Faria Timbó devido ao despejo de esgoto direto no rio, contaminando o trecho do rio e locais de acúmulo de lixo ou matéria orgânica que leva proliferação de microrganismos responsáveis por doenças. Os riscos físicos são

representados por pontos ao longo da linha amarela, em que há uma poluição sonora e ambiental devido ao tráfego pesado de veículos na região. O risco químico, representado por substâncias potencialmente perigosas, fica em um lugar somente porque é nesse espaço em que várias empresas de oficina de veículos, grandes e pequenos, despejam um material não identificado na rede de esgoto. E por último, o risco mecânico, relativo a agravos ou desastres do ambiente, marcou-se pelo motivo que na região existe uma construção de uma casa em uma área com um curto, mas perigoso declive ou inclinação.

1.2. ASPECTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS

O Rio de Janeiro é o município com o segundo maior Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, segundo apuração do IBGE de 2016. Esse índice expressa a quantidade de riqueza produzida em determinado local, a partir da soma de todos os bens e serviços produzidos em dado período. Isso não significa, porém, que é menos desigual ou oferece melhor qualidade de vida a sua população. Os dados do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) demonstram parte desse dado, indicando que ainda que o município esteja no topo do ranking de PIB, está na 45ª do IDH em relação a outros municípios (PIMENTEL, 2019).

Um cenário de desigualdades, pobreza, exclusão, violência estrutural, escassez de

políticas públicas, precárias condições de habitação, saúde, educação, emprego e renda, se multiplica no município, e aparece com muita evidência em locais como Manguinhos. O IDH de Manguinhos (IBGE, 2000) é de 0,726, na posição 122 em relação aos 126 grupos de bairros do Rio de Janeiro. Um índice comparável a países do continente africano como Gabão (0,755) e Argélia (0,754), enquanto que o primeiro bairro da lista com índice 0,970 (Gávea) compara-se a países como Noruega (0,971).

1.2. ASPECTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS

Para Jorge Nadais, ACS do CSE, as políticas públicas tratam a favela como um “não-lugar” e a vida dos moradores não tem valor. “Pode ter valor no discurso político de um populista, na academia, mas quando morre alguém, é mais um na estatística. Só a mãe que vai chorar” (NADAIS *apud* GOMES, 2017).

Os dados de trabalho, renda, educação, cultura, lazer e religião demonstrados abaixo oferecem um pouco da dimensão dessas questões apresentadas. Apesar da maioria conterem informações não tão recentes (2010) não há evidências que a situação possa ter melhorado sobremaneira no local. Mesmo com a intervenção do PAC, as condições das comunidades continuam precárias.

1.2.1. Trabalho, renda e educação

O quadro 3 abaixo demonstra a situação ocupacional dos moradores do Complexo de Manguinhos no período de março de 2010. A pergunta refere-se aos últimos 7 dias e eram respondidas pelos próprios moradores. Daqueles que responderam a maioria é estudante (26,2%). Empregados com carteira assinada representam 21,1 % do total. Já empregados informais (sem carteira assinada, que faz bico ou trabalha por conta própria informalmente) somam 16,4% e os desempregados um contingente de 8,4%. As atividades domésticas - trabalho reprodutivo não remunerado - informadas enquanto ocupação de “dona de casa” representam 8,2% do total. Outras ocupações seguem relacionadas no quadro.

Quadro 3 - Situação ocupacional dos moradores do Complexo de Manguinhos - Mar/2010

Situação ocupacional	Valor Absoluto	Percentual
Estudante	7087	26,2
Empregado com carteira	5699	21,1
Desempregado	2269	8,4
Dona de casa	2230	8,2

Empregado sem carteira	2074	7,7
Autônomo/Bico	1936	7,2
Aposentado/Pensionista	1537	5,7
Conta própria informal	419	1,5
Doente/inválido	169	0,6
Funcionário público	112	0,4
Conta própria formal	76	0,3
Empresário/Empregador	15	0,1
Outras respostas	223	0,8
Subtotal	23846	88,1
Não se aplica (criança 0 a 4 anos)	2776	10,3
Não informados	451	1,7
Total	27073	100,0

Fonte: Censo Domiciliar Complexo de Manguinhos, 2010

Em relação a renda bruta advinda do trabalho e/ou aposentadoria percebemos que a maioria da população não possui renda (21,7%), seguido do índice de 1 a 2 salários mínimos (20,1%). As pessoas que têm renda de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo são 14,3% do total. Nessa configuração a renda média aproximada por pessoa (daqueles que informaram) seria de R\$366,28, valor abaixo de um salário mínimo na época. Para o Censo de 2010 existia um percentual de 12,62% de domicílios abaixo da linha de pobreza em Manguinhos⁴.

Quadro 4 - Renda bruta do trabalho e/ou aposentadoria dos moradores do Complexo de Manguinhos - Mar/2010

Renda	Valor Absoluto	Percentual
Até $\frac{1}{2}$ SM (De R\$ 1,00 a R\$ 207,50)	722	2,7
Entre $\frac{1}{2}$ a 1 SM (De R\$ 207,51 a R\$ 415,00)	3871	14,3
Entre 1 a 2 SM (De R\$ 415,01 a R\$ 830,00)	5435	20,1
Entre 2 a 3 SM (De R\$ 830,01 a R\$ 1.245,00)	757	2,8
Entre 3 a 5 SM (De R\$ 1.245,01 a R\$ 2.075,00)	218	0,8
Entre 5 a 7 SM (De R\$ 2.075,01 a R\$ 2.905,00)	42	0,2
Entre 7 a 10 SM (De R\$ 2.905,01 a R\$ 4.150,00)	32	0,1
Acima de 10 SM (Acima de 4.150,01)	49	0,2
Subtotal	11126	41,1
Não tem renda	5887	21,7
Não se aplica	5774	21,3
Não informados	4286	15,8
Total	27073	100,0

⁴ Para o Censo de 2010 a linha de pobreza era estabelecida em R\$70,00 per capita considerando o rendimento mensal domiciliar. Aqueles que tinham rendimento menor ou igual a esse no período eram considerados extremamente pobres.

R\$638,48	renda média aproximada por domicílio (9.760 domicílios)
R\$ 366,28	renda média aproximada por pessoa (17.013 moradores informaram renda)
renda média aproximada por pessoa do sexo masculino:	R\$ 440,58
renda média aproximada por pessoa do sexo feminino:	R\$ 301,54

Fonte: Censo Domiciliar Complexo de Manguinhos, 2010

Quando questionados sobre outra fonte de renda no último mês a maioria dos moradores (63,6%) responde que não teve nenhuma outra fonte de renda, apenas 3,3% respondem o programa Bolsa Família como outra renda e 0,9% respondem benefício previdenciário, conforme quadro anexo E.

Outro dado acerca da renda do Complexo de Manguinhos é apresentado na tabela 3 abaixo, por domicílio. Os dados aparecem por comunidade de acordo com as faixas de renda na época⁵. O maior contingente encontra-se na linha de mais de ½ a 1 salário mínimo por domicílio (38,1%), acima da média do município do Rio de Janeiro na mesma faixa, que é de 23,6%. Para o Rio a faixa de mais de 2 salários é a maior, com 34,1%, diferença enorme dessa mesma faixa em Manguinhos, que é de 4,3%. Os domicílios sem renda ou sem informação são 6,5%, acima da média de 4,3% do Rio de Janeiro. Na Vila São Pedro e na Comunidade Agrícola de Higienópolis o maior contingente está na faixa de mais de ½ a 1 salário mínimo (31,2% e 41% respectivamente) e aqueles sem rendimento ou sem informação são 10,6% e 5,9% respectivamente do total.

Tabela 3- Total e Percentual de Domicílios Particulares por Rendimento Nominal Mensal Domiciliar Per Capita segundo as Comunidades e Conjuntos de Manguinhos e Município do Rio de Janeiro - 2010

⁵ Até 1/8 de salário mínimo (até R\$ 63,75); mais de 1/8 até ¼ (entre R\$ 63,76 e R\$ 127,50); mais de ¼ até ½ (entre R\$ 127,51 e R\$ 255,00); mais de ½ até 1 (entre R\$ 255,01 e R\$ 510,00); mais de 1 até 2 (entre R\$ 510,01 e R\$1.020,00); mais de 2 salários mínimos (mais de R\$1.020,01). Além de domicílios com renda 0 e sem informações de renda. (IPP, 2017)

Comunidades/Conjuntos	Até 1/8 SM		Mais de 1/8 a 1/4 SM		Mais de 1/4 a 1/2 SM		Mais de 1/2 a 1 SM		Mais de 1 a 2 SM		Mais de 2 SM		Sem Rendimento ou Sem Informação	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Parque João Goulart	18	1,4%	91	6,9%	413	31,5%	517	39,5%	195	14,9%	35	2,7%	41	3,1%
Vila Turismo	13	0,8%	87	5,4%	362	22,6%	651	40,6%	341	21,3%	46	2,9%	104	6,5%
CHP-2	18	1,6%	100	8,8%	303	26,7%	376	33,1%	376	33,1%	28	2,5%	130	11,4%
Parque Carlos Chagas	5	1,4%	17	4,8%	69	19,4%	149	41,9%	83	23,3%	21	5,9%	12	3,4%
Vila União	2	0,6%	5	1,5%	41	12,7%	127	39,2%	89	27,5%	38	11,7%	22	6,8%
Vila São Pedro	3	0,9%	29	8,8%	75	22,7%	103	31,2%	75	22,7%	10	3,0%	35	10,6%
Comunidade Agrícola de Higienópolis	5	1,3%	22	5,6%	75	19,2%	160	41,0%	75	19,2%	30	7,7%	23	5,9%
Parque Oswaldo Cruz	6	0,5%	59	4,8%	441	35,8%	372	30,2%	232	18,8%	72	5,8%	50	4,1%
Vitória de Mangueiros e Mandela de Pedra	19	1,1%	125	7,4%	536	31,9%	750	44,7%	154	9,2%	10	0,6%	85	5,1%
Conjuntos Ex-combatentes e Suburbana	1	0,2%	6	1,3%	66	14,3%	113	24,4%	106	22,9%	66	14,3%	105	22,7%
Conjunto Nelson Mandela	11	1,1%	65	6,7%	208	21,6%	420	43,5%	181	18,8%	24	2,5%	56	5,8%
Conjunto Samora Machal	2	0,2%	67	6,8%	297	30,2%	442	44,9%	126	12,8%	22	2,2%	29	2,9%
Total	103	0,9%	673	6%	2.886	24%	4.180	38%	2.033	20%	402	5,2%	692	7,4%
Rio de Janeiro	0,5%		2,8%		10,8%		23,6%		23,7%		34,1%		4,3%	

Fonte: adaptado de Instituto Pereira Passos, 2017

A partir dos dados, e também da observação participante neste período de inserção no campo de prática, torna-se evidente a situação de vulnerabilização social e econômica em que os moradores do Complexo de Mangueiros encontram-se.

Em relação à educação o Censo de 2010 (IBGE) destaca que existem 9 equipamentos municipais de educação em Mangueiros: 1 CIEP, 3 creches municipais, 3 escolas municipais e 2 Espaços de Educação Infantil (EDI).

De acordo com o mesmo Censo (IBGE, 2010) do total da população de 15 anos ou mais (25.733), 1.705 desta não era alfabetizada (cerca de 6,63%). O Censo Domiciliar do Complexo de Mangueiros demonstra que 5,4% não tiveram nenhum grau de ensino na vida e a maior parte (49,9%) cursou apenas o ensino fundamental (anexo F).

1.2.2. Cultura, lazer e religião

Peres et al (2005, p. 759) explica que a temática do lazer e da cultura, aparentemente, concorre, em contextos de grande desigualdade e de exclusão social, como é o caso de Mangueiros, com outras temáticas e necessidades vistas como mais importantes e básicas para a qualidade de vida. Assim, o direito ao lazer e a cultura frequentemente aparece como um aspecto secundário diante da quantidade de outros problemas.

Existe uma visão sobre a capacidade e potencialidade de que iniciativas no campo do “lazer, esporte e cultura” possam atenuar ou remediar de certo modo essa situação de exclusão, na medida em que apresentam alternativas a estes jovens e crianças. Assim, encara-se essas atividades como algo transformativo ou reflexivo. Diante de circunstâncias tão adversas, as atividades recreativas e culturais representam a possibilidade de reação ou

superação de certa dificuldade. Neste sentido, inclui-se também a importância das iniciativas no campo do lazer, esporte e cultura em Manguinhos e, em áreas faveladas da cidade, com a aquisição de valores morais capazes de modificar a percepção de crianças e jovens sobre a “vida”, afastando-os da violência e do mundo do crime (PERES et al ,2005).

Pode-se considerar que existem algumas atividades de lazer e cultura no território, mas a maioria não recebe apoio institucional tão intenso. A escola de samba “Unidos de Manguinhos” se configura como espaço cultural desde 1964 na comunidade. O CRJ também é um espaço de lazer e cultura, mas que tem enfrentado grandes obstáculos para se manter enquanto tal; dificuldades de financiamento para as oficinas e as atividades têm deixado o local subutilizado há um tempo. A Biblioteca Parque de Manguinhos Marielle Franco é outra referência do bairro que oferece atividades de cultura e educação de forma gratuita, e esteve fechada durante um período recente (1 ano e meio) por falta de financiamento. Além destas, várias são as iniciativas por parte dos moradores do território para produzir espaços de cultura, lazer e esporte, um exemplo é o projeto “As minas da bola” que propõe o empoderamento da jovem menina favelada que tem a vivência do futebol no seu cotidiano. Segundo o jornal Fala Manguinhos! (2019) os treinos acontecem semanalmente na quadra do Mandela II. Outra experiência construída por voluntários é o Ballet Manguinhos, fundado em 2012 tem a intenção de oferecer um desenvolvimento sociocultural através da dança a meninos e meninas das comunidades do Complexo de Manguinhos e outras favelas do entorno.

No que diz respeito às religiões, de acordo com Ribeiro (2014, p. 29) em um levantamento feito por sua tese encontrou-se 33 entidades religiosas⁶ ao longo do complexo de Manguinhos, no entanto, não foi possível a confirmação dessas mesmas 33 entidades. A pesquisa conseguiu fazer comunicação com 14 instituições religiosas para finalidade e confirmação de sua pesquisa.

Em relação a outras entidades religiosas

Destaca-se que não foi localizada nenhuma igreja de matriz africana, mesmo com uma busca ativa junto aos participantes do estudo. Foi feita uma única referência a uma mãe de santo que atuaria em sua casa, de forma isolada. Mesmo esta referência se deu de forma vaga e imprecisa, não tendo sido possível localizar esta pessoa (RIBEIRO, 2014, p. 30)

Ainda que a pesquisadora destaque não ter encontrado qualquer denominação de matriz africana, percebe-se ao adentrar as favelas alguns símbolos que podem identificar locais onde acontecem esse tipo de culto. Ao realizar-se o mapa falante com a Harmonia,

⁶ Destas 23 são protestantes, 6 católicas e 3 espíritas (RIBEIRO, 2014).

alguns membros citaram que existem locais de culto no território, mas que a não tem nenhum contato.

Ressalta-se o quanto a religião tem se conformado enquanto apoio importante nesses territórios vulnerabilizados com ausência estatal. As entidades religiosas ao fazerem obras de caridade, doarem cestas básicas e oferecerem amparo em situações de dificuldades tornam-se atores importantes de apoio para os moradores e são fundamentais de serem consideradas para um conhecimento mais amplo do território e das relações que ali se estabelecem.

1.2.3. Meios de transporte e redes de comunicação

A rua Leopoldo Bulhões é a principal via de acesso do bairro de Manguinhos. Um dos meios de transporte coletivo disponíveis no bairro é a estação de trem Manguinhos, localizada nessa mesma rua. A estação faz parte do ramal Gramacho/Saracuruna da Supervia.

As outras opções são os ônibus das linhas 634 (Bananal - Saens Peña), 350 (Irajá - Passeio) e 489 (Duque de Caxias - Praça Saens Peña) disponíveis também na rua Leopoldo Bulhões. Além destes, é possível a utilização de kombis, que circulam sobretudo no bairro Amorim.

Certamente os transportes coletivos disponíveis não são suficientes para o deslocamento dos moradores de Manguinhos pela cidade. Aparece na fala da moradora do território que muitas pessoas que vieram de áreas de risco do Jacarezinho para a comunidade Samora Machel retornaram para o Jacarezinho em dado momento e que uma das motivações era a questão do transporte, cuja oferta é maior no Jacarezinho.

Destituídos de vários de seus direitos enquanto cidadãos, os moradores de Manguinhos também sofrem os impactos de uma política de transporte planejada sob determinados ideais em disputa, que privilegiam algumas áreas da cidade em detrimento de outras. A moradora de Manguinhos Ellen Grace fala sobre o descaso das linhas que circulam na comunidade

Depois dos grandes confrontos que aconteceram na Bulhões e a abertura do pistão (nova pista da Leopoldo Bulhões em direção ao centro), a linha 350 é uma das piores que corta o bairro, parece que eles resgataram os ônibus do depósito. É um descaso total com os moradores, que além disso mofam esperando transporte. Já fiquei mais de 40 minutos esperando, hoje em dia não tenho mais paciência para esperar e acabo pegando o trem, mesmo vindo muito lotado. (DUTRA; CAVALCANTE, 2017)

O presidente da Associação de Moradores do Mandela II também afirma que

Nenhum ônibus popular que circula aqui tem ar condicionado, a situação é bem precária. Só temos três linhas de ônibus. E o 350 só passa de hora em hora. Não vemos melhoras, nós também queremos ir para a zona sul, centro,

outras localidades, mas faltam linhas. (DUTRA; CAVALCANTE, 2017)

Os moradores de Manguinhos possuem assim diversos obstáculos para acessar o seu direito à cidade, que conforme Harvey (2012, p. 74) “está muito longe da liberdade individual de acesso a recursos urbanos: é o direito de mudar a nós mesmos pela mudança da cidade.”, é um direito comum, coletivo, “um dos mais preciosos e negligenciados direitos humanos.” (HARVEY, 2012, p.74)

Em relação às redes de comunicação que Manguinhos tem se conectado, podemos perceber que as iniciativas advêm em sua maioria de esforços comunitários, sem um apoio formal das instituições.

O “Fala Manguinhos!” é uma dessas iniciativas. Trata-se de uma “Agência de Comunicação Comunitária, comprometida com os direitos humanos. Seu propósito é transformar pessoas e território através de seus projetos e em parceria com os moradores”, descreve a página na rede social do Facebook. O projeto teve sua gênese no Conselho Comunitário de Manguinhos há cerca de 5 anos.

Edilano Cavalcante, o coordenador da iniciativa e que participa desde o início diz a respeito do jornal: “A comunidade vê que ela tem voz! *Fala Manguinhos!*, é o alto-falante”. Segundo Renata Dutra, que era jornalista colaboradora do jornal, o objetivo primeiro do projeto era trazer informações acerca das coisas boas que acontecem em Manguinhos, já que a mídia hegemônica só mostra o lado ruim e os problemas, mas relata que desde a ocupação militar, com os confrontos e tiroteios constantes é necessário que se noticiem também essas questões, para a proteção dos moradores (BESSLER, 2018). Durante um momento o periódico era distribuído impresso na comunidade bimensalmente, mas por falta de recursos para continuidade, hoje as notícias são veiculadas na página da rede social Facebook e no site do jornal “<http://www.falamanguinhos.com.br/>”.

Uma outra iniciativa que tem uma dimensão comunicativa importante na comunidade é a Comissão dos Agentes Comunitários de Saúde (COMACS) de Manguinhos, que se organiza desde 2016. A comissão se posiciona em defesa dos ACS, da favela e do Sistema Único de Saúde (SUS) e possui uma página no Facebook com grande frequência de publicações. Ao acompanhar a página é possível perceber que os moradores de Manguinhos interagem bastante com a página e entre si a partir das postagens e dos temas tratados.

Para o IDS de 2010 foram adotadas 8 variáveis, todas advindas das informações do Censo Demográfico do IBGE de 2010. São elas:

1. % de domicílios particulares permanentes com forma de abastecimento de água adequada, ou seja, ligados à rede geral de distribuição;

2. % de domicílios particulares permanentes com esgoto adequado, ou seja, ligados à rede geral de esgoto ou pluvial;

1.2.4. IDS comparativo com outros bairros da cidade

O Índice de Desenvolvimento Social (IDS) é um medidor inspirado no conhecido IDH. Tem a finalidade de medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área comparada a outra da mesma natureza. Trata-se de um índice sintético que se utiliza de algumas variáveis para melhor caracterizar o fenômeno em questão.

O IDS vai de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 melhor a condição de desenvolvimento social daquele território. Segundo o Instituto Pereira Passos (2008, p.1) - instituição que calcula e analisa o índice - “a escolha das variáveis, tarefa presidida por uma análise teórico-conceitual decorre da sua pertinência ao tema, mas também da sua disponibilidade e da sua ‘qualidade estatística’.”

Para o IDS de 2010 foram adotadas 8 variáveis, todas advindas das informações do Censo Demográfico do IBGE de 2010. São elas:

3. % de domicílios particulares permanentes com forma de abastecimento de água adequada, ou seja, ligados à rede geral de distribuição;

4. % de domicílios particulares permanentes com esgoto adequado, ou seja, ligados à rede geral de esgoto ou pluvial;

5. % de domicílios particulares permanentes com lixo coletado diretamente por serviço de limpeza ou colocado em caçamba de serviço de limpeza;

6. Número médio de banheiros por morador

7. % de analfabetismo de moradores de 10 a 14 anos em relação a todos os moradores de 10 a 14 anos;

8. Rendimento per capita dos domicílios particulares permanentes, expresso em salários mínimos de 2010;

9. % dos domicílios com rendimento domiciliar per capita até um salário mínimo;

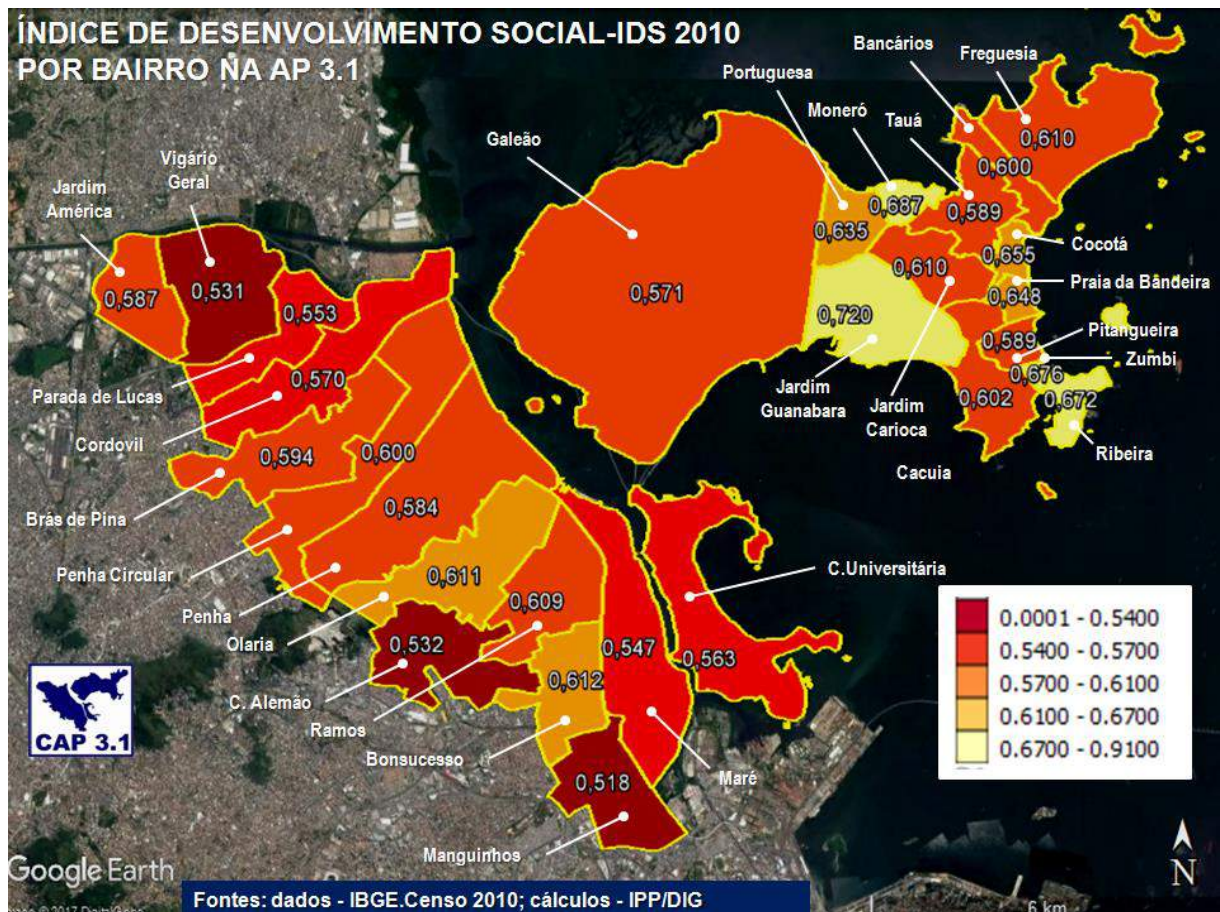
10. % dos domicílios com rendimento domiciliar per capita superior a 5 salários mínimos.

O IDS Manguinhos de 2000 estava na centésima quinquagésima posição (150) em relação a outros bairros das cidades do Rio de Janeiro, na época o índice era de 0,473. Em 2010 o índice estava em 0,518, mas continuava a ocupar a mesma posição, estando acima somente dos bairros de Sepetiba (0,517), Barra de Guaratiba (0,502), Guaratiba (0,487),

Vargem Grande (0,453) e Grumari (0,282).

Em relação a Área de Planejamento (AP) 3.1, a figura 3 abaixo demonstra que entre os bairros que a compõem, Manguinhos é o local que apresenta o menor índice. Se olharmos para a parte a direita, os bairros que compõem a XX Região Administrativa - Ilha do Governador - (15 no total) dispõe dos índices mais altos de desenvolvimento social; o mais baixo é o do bairro galeão com 0,571, relativamente acima do de Manguinhos que encontra-se em 0,518.

Figura 3 - Índice de Desenvolvimento Social (IDS 2010) por bairro na AP 3.1. - 2010



Fonte: GEO CAP 3.1.

1.3. TERRITÓRIO INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE (TEIAS)-ESCOLA-MANGUINHOS

Na década de 80, em um período de redemocratização do Estado brasileiro, a discussão sobre a estruturação de um sistema de saúde culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal, equânime e integral. Para se cumprir esses princípios foi necessário estabelecer uma série de diretrizes que contribuem para concretizar essa realidade, essas

diretrizes incluem a criação de uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada, participação da comunidade no sistema, fomento a ensino e pesquisa em saúde, entre outros. As redes ou ações integradas visavam superar a brutal fragmentação que existia no sistema político de saúde anterior ao SUS e articular parcerias com as comunidades na construção de uma cogestão.

O projeto Teias tem sua construção nessa convicção e em uma prática que é já de décadas, uma prática de luta pela mudança, luta por democracia, ou seja, participação de todos e por uma melhor qualidade de vida da população. Teias-Escola Manguinhos é uma iniciativa de cogestão da saúde em Manguinhos/Rio de Janeiro, tendo como base um contrato celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Fiocruz, por meio de sua fundação de apoio – Fiotec, em dezembro de 2009. Por esse contrato, o Teias Escola Manguinhos é responsável pela gestão da atenção primária de saúde, adotando o modelo da Estratégia de Saúde da Família como ordenador do sistema de saúde local. (TEIAS ESCOLA MANGUINHOS)

Essa experiência pioneira surgiu através do Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde Pública (PDTSP) TEIAS-ESCOLA Manguinhos, ligado à Vice-presidência de Pesquisa e Laboratório de Referência da Fiocruz. O PDTSP tem como objetivo fomentar as atividades de pesquisa e desenvolvimento voltadas essencialmente para a inovação tecnológica no campo da saúde pública, tendo como perspectiva, contribuir e promover a saúde pública brasileira (CARVALHO; PIVETTA. 2012, p.28)

Sua missão enquanto projeto é: desenvolver, em Manguinhos, um território integrado de atenção à saúde como espaço de inovação das práticas do à saúde, de ações intersetoriais, ensino e pesquisa visando a melhoria da condição de saúde e vida da população de forma participativa. Seus equipamentos incluem: O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), a Clínica da Família Victor Valla (CFVV), o CAPS II Carlos Augusto da Silva - Magal (CAPS Magal) - que é o dispositivo de saúde mais recente no território, fruto de luta popular, através do Conselho Gestor Intersetorial (CGI) - e a UPA Manguinhos - que na última renovação de convênio entre a prefeitura do Rio de Janeiro e a OSs Fiotec, não fará mais parte do projeto TEIAS - Escola.

Em conversa com a atual coordenadora do TEIAS foi possível compreender um pouco mais a respeito do projeto, e o quão amplo ele é, indo além da assistência propriamente dita. Tem sofrido, contudo, os rebatimentos do contexto de crise que o município enfrenta, com cortes de recursos nos últimos anos. A saída da UPA do escopo do projeto é considerada uma grande perda, à medida que as relações já estavam consolidadas e eram facilitadas por uma

gestão em comum entre as unidades da rede de Manguinhos. O atual momento de reordenamento da estratégia no município também coloca em risco o projeto como um todo.

1.3.1. Conselho Gestor Intersetorial – CGI

“Na tentativa de dar validade à participação cidadã no âmbito do projeto, a gestão do Teias-Escola Manguinhos trabalha em conjunto com o Conselho Gestor Intersetorial (CGI)” (ORNELAS; TEIXEIRA. 2015, p. 666). O CGI tem por objetivo proporcionar uma gestão participativa da comunidade nas tomadas de decisões sobre a saúde da população do território de Manguinhos, onde os moradores do território, articuladores sociais, Conselheiros, representantes de outros setores e trabalhadores da saúde, possam opinar sobre a gestão do projeto TEIAS-Escola Manguinhos. O CGI é composto por 48 conselheiros de forma paritária entre a representação da comunidade e do poder público. (ORNELAS; TEIXEIRA. 2015, p. 666)

O Conselho Gestor Intersetorial abrange todo o território de Manguinhos e é paritário na participação do poder público e da comunidade, incluindo além da representação do setor Saúde, o setor da Educação e da Assistência Social. O CGI tem a função de acompanhar, pactuar e fiscalizar as ações de saúde na Atenção Primária, realizadas em Manguinhos (TEIAS ESCOLA MANGUINHOS).

O CGI foi criado para garantia da gestão participativa, porém, há forças em disputa, e uma hierarquização iminente de atores vinculados a instituição, que por vezes inviabiliza a participação popular de forma mais efetiva. “Uma questão é para que serve o CGI. Outra questão é como está ocorrendo hoje” - Fala de um Conselheiro do CGI entrevistado.

2. REDES DE ATENÇÃO

Iniciou-se o mapeamento da rede de apoio intrassetorial e intersetorial do CSEGSF a partir da identificação dos profissionais de saúde e protagonistas do território de Manguinhos, solicitando que falassem de suas experiências com a rede de apoio local, na perspectiva microe macro da rede intra e intersetorial.

Utilizou-se os métodos de entrevistas aberta e entrevista semiestruturada, pesquisa bibliográfica, pesquisa de campo e o Mapa Falante - mapa dos Fluxos das Relações Intrassetoriais e Intersetoriais da Harmonia -, construído na reunião de , entre a dos residentes (R1), os ACS e a Técnica de enfermagem da eSF, como ferramenta para a construção do diagnóstico da rede de apoio.

Com o objetivo de conhecer os equipamentos da rede de apoio intersetorial do CSEGSF, fez-se alguns contatos para agendamentos de visitas:

Nos dispositivos da Assistência Social, fez-se contato com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Ramos, localizado no Complexo do Alemão, porém os residentes não conseguiram uma resposta sobre a possibilidade de visita. Falou-se ao telefone com a coordenadora do CRAS.

Contatou-se a coordenadora do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) Nelson Carneiro, localizado em Ramos, e uma visita foi agendada, mas a coordenadora precisou desmarcar nas duas vezes que os residentes agendaram, devido a imprevistos no serviço. Perguntada se outro profissional poderia nos receber, a coordenadora informou que toda estaria ocupada com os processos de trabalho naquelas datas. Restou agendar uma nova data após a entrega do Diagnóstico.

Com o Espaço Casa Viva/Rede CCAP, falou-se ao telefone com a responsável pela casa, mas também não foi possível agendar a visita em tempo hábil para a produção do presente trabalho, sendo mais um equipamento a se tentar contato futuramente. O Espaço Casa Viva/Rede CCAP está localizado na comunidade Vila Turismo, cujas responsáveis são Serenidade e Fraternidade, estando fora da área de abrangência da Harmonia.

Um dispositivo cultural visitado foi o Projeto Ballet Manguinhos, que está com a nova sede, prédio próprio, localizado na Av. dos Democráticos, 535. Conversou-se com a diretora do projeto, que se mostrou muito solícita em receber os residentes. O projeto Ballet Manguinhos atende a 250 alunos com idade entre 6 e 29 anos (14 meninos e 236 meninas) moradores de Manguinhos, Complexo da Maré e bairros adjacentes. O Ballet Manguinhos conta ainda com outros projetos internos para os seus alunos, como o “Dançando e Lendo”, “Circo Ballet Manguinhos” e “Vivências Culturais”. O projeto apresenta um Espetáculo Anual e o Festival Interno entre as próprias turmas.

Da rede de Saúde Mental, fez-se contato com a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Carlos Augusto da Silva (Magal), localizado no território de Manguinhos, para compreender o fluxo de trabalho e o trajeto do usuário de saúde mental do CSEGSF para os dispositivos da Rede de Atenção em Saúde Mental (RAPS). Nas duas tentativas de visita, a unidade estava com Acesso Mais Seguro em vermelho - o que indica a impossibilidade de transitar pelo território. A violência armada em Manguinhos é a principal razão impeditiva do processo de trabalho e um fator determinante no adoecimento dos usuários e dos profissionais de saúde que residem no território. Os residentes já haviam conhecido o CAPS II Carlos Augusto da Silva (Magal) na semana de imersão ao campo,

porém não houve a oportunidade de conhecer o fluxo de trabalho.

O programa Justiça Itinerante do Tribunal de Justiça (TJ) do Rio de Janeiro, através de parceria com a Fiocruz, oferece serviços às demandas judiciais locais da população de Manguinhos e Complexo da Maré, semanalmente às quartas-feiras, no térreo da ENSP/Fiocruz. O programa tem como objetivo ampliar o acesso à Justiça e promover a cidadania para a população, “em razão da inexistência de políticas públicas eficientes em determinados locais do nosso Estado” (PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO).

2.1. REDES DE APOIO NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS – CAH E VSP

A partir da construção do Mapa Falante com os ACS e a técnica de enfermagem, mais entrevista aberta com o enfermeiro da Harmonia (preceptor dos R1 e responsável técnico da), identificou-se o funcionamento da rede de apoio do território de Manguinhos. Foram mapeados os seguintes dispositivos:

Vila São Pedro:

Associação de moradores de V.S.P

Centro Espírita

Igreja católica Nossa Senhora de Bonsucesso

Igreja evangélica Renascer

Igreja evangélica Vida Nova (Sr. Adiel)

Bar da Sinuca

Casa de Festas

Loja Maçônica Fraternidade

CAH:

Associação de moradores CAH

Abrigo Cristo Redentor

Igreja evangélica Ass. de Deus Geração de Gaditas

Igreja evangélica Deus é amor

Igreja católica Santa Rita de Cássia

21 ° Delegacia de Polícia

Quadra esportiva Lamsa - Linha amarela

Quadra esportiva. Av. Novo Rio

Campo de futebol, Rua Bom Jardim

Bar Duro na Queda

Escola Municipal Orozimbo Nonato*

Escola Municipal Dr. João VI*

Creche Municipal Manguinhos*

Escola privada Santa Mônica*

Urgência e Emergência:

UPA de Manguinhos

UPA do Alemão

CER Ilha do Governador

Hospital Federal de Bonsucesso

Maternidade:

Hospital Maternidade Fernando Magalhães (AP 1.0)

Saúde Mental:

Centro Municipal de Saúde Rodolpho Rocco

CAPS II Carlos Augusto da Silva (Magal)

Demais equipamentos:

Centro de Referência da Juventude (CRJ)

Ballet Manguinhos

Casa do Trabalhador

Biblioteca Parque Manguinhos

Cine Teatro Eduardo Coutinho

*(equipamentos fora da área de abrangência da eSF Harmonia, porém que os usuários da acessam).

2.2. ESQUEMA INTRASSETORIAL CSEGSF – PROFISSIONAIS DO AMBULATÓRIO

Serviço Social

O serviço social do CSEGSF funciona no modelo ambulatorial e conta com um quadro de três assistentes sociais, estando uma afastada do trabalho por motivos de doença. Ambas próximo da aposentadoria e, com o atual cenário do governo, sem perspectivas de abertura de novos concursos para reposição de profissionais.

O serviço social atende por demandas espontâneas e encaminhamento das eSF, mas as maiores procuras por atendimentos são feitas diretamente com o serviço social. As Assistentes

Sociais do CSEGSF realizam interconsultas com as eSF com pouca frequência, e visitas domiciliares (VDs). Cabe ressaltar que o NASF não tem o profissional Assistente Social e isso traz impactos ao matriciamento das eSF.

Um dos equipamentos acessados pelo serviço social do CSEGSF é o CRAS Ramos, para os serviços como o Bolsa Família, Passe Livre, CadÚnico e Documentação. O contato disponível é através do número do celular da coordenadora do CRAS Ramos, pois o local está sem telefone fixo no momento. Já houve visitas neste dispositivo quando necessário. O CRAS Ramos fica localizado no Complexo do Alemão, distante do nosso território, o que torna-se um dificultador de acesso para os usuários do CSEGSF. O contato do serviço social do CSEGSF com o CRAS Ramos se dá por meio de encaminhamento para os serviços do CRAS, mas não há um trabalho em conjunto, uma parceria efetiva entre o serviço social do CSEGSF e o CRAS Ramos.

Mais próximo ao território de Manguinhos tem-se o CRAS Caio Fernando Abreu, que fica na Av. dos Democráticos, 642, Manguinhos, porém, cobre parte de Manguinhos (parte lado Av. dos Democráticos), mas não é a área de abrangência do CSEGSF.

Outro equipamento acessado pelo serviço social do CSEGSF é o CREAS Nelson Carneiro, em Ramos. Acionado quando há casos de negligências, violências e violações de direitos, sendo este último mais recorrente em casos com idosos.

No mesmo endereço do CREAS Nelson Carneiro, funciona o Conselho Tutelar. A saúde mental do CSEGSF tem recebido algumas demandas escolares, devido a isso, foi preciso contato com este Conselho Tutelar. De acordo com a assistente social entrevistada, a aproximação entre os setores não alcançou uma intervenção eficaz para os casos abordados. Não tem-se mais informações sobre a relação do Conselho Tutelar com o CSEGSF.

Segundo a assistente social entrevistada, pensando na atual conjuntura de governo, a rede de apoio intersetorial de Assistência Social está fragilizada. Sem recursos financeiros e recursos humanos. Retrato do desmonte das políticas de Assistência Social, que refletem no contexto das micropolíticas, afetando as relações de trabalho e, em consequência, menos acesso para os usuários do SUS.

Saúde Mental

O CSEGSF é uma unidade de saúde diferenciada por funcionar como unidade mista, sendo parte Clínica da Família e parte modelo ambulatorial. Devido a isso, algumas demandas clínicas são encaminhadas internamente para os próprios profissionais do ambulatório, como os casos da saúde mental.

A partir da chegada do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), em agosto de 2010, as demandas de saúde mental passam primeiro pelos profissionais do NASF (psicólogo e psiquiatra) e após filtro, eles avaliam a necessidade do encaminhamento para os profissionais de saúde mental do ambulatório (casos mais específicos a serem acompanhados) ou demais dispositivos da rede de apoio. São estes os dispositivos acessados da rede de apoio em saúde mental:

- O grupos do CSEGSF e a Academia Carioca são dispositivos intrasetoriais para encaminhamento de casos de saúde mental.
- Os CAPS: CAPS Ad Miriam Makeba, Ramos; CAPSi Visconde de Sabugosa, Ramos; CAPS II Carlos Augusto da Silva Magal, Manguinhos.
- Instituições Filantrópicas - questões infantis escolares e intelectuais: Centro de Orientação e Reabilitação Beneficente de Inhaúma - CORBI, Inhaúma; Instituto Severa Romana, Cachambi; Faculdade de Reabilitação da ASCE - Frasce, Higienópolis.
- Serviço Social: CRAS Ramos e CREAS Nelson Carneiro, Ramos.
- Esporte e lazer: CRJ; Usina de Campeões, Manguinhos; Vila Olímpica da Mangueira.
- As demandas para as especialidades fonoaudiologia e neurologia são encaminhadas via SISREG.

A composição da NASF, que atende o CSEGSF e a Clínica Victor Valla, é: Psicóloga, Psiquiatra, Fisioterapeuta, Educadora Física, Pediatra. A composição dos especialistas ambulatoriais do CSEGSF é: Psicólogo, Nutricionista, Assistente Social, Médico Infectologista, Psiquiatra e Homeopata.

De acordo com a psicóloga do NASF entrevistada, a rede de saúde mental é viva e depende dos atores que fazem a articulação.

Nutrição

As nutricionistas ambulatoriais atendem a todas as s do CSEGSF. As s encaminham casos para atendimento . Demandas espontâneas não ocorrem com frequência, somente em casos urgentes.

A interconsulta era uma prática realizada pela nutrição junto às eSF, porém hoje não ocorre mais. Mas às nutricionistas pretendem retomá-la. O mais frequente são discussões de casos pontuais, sendo as VDs feitas em casos necessários.

O apoio matricial da nutrição dá-se através de qualificação das eSF, utilizando principalmente o espaço das reuniões de . São feitas ações educativas, como o Programa de Saúde nas Escolas (PSE) e promovem os grupos de Baixo peso e Obesidade.

O equipamento acessado como apoiador técnico é o Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD). A vinculação entre a nutrição do CSEGSF e o INAD não é uma parceria formalizada, mas uma aproximação para o suporte técnico.

Logo, o território de Manguinhos possui demandas que extrapolam o setor saúde e, por isso, torna-se imprescindível o planejamento das ações de saúde apoiado na lógica da intersectorialidade.

A partir da análise da rede de apoio territorial, descobriu-se pessoas que têm o papel de articuladores sociais na comunidade e instituições sociais que fazem um trabalho de rede de apoio já solidificados, mas que não possuem vínculo com o setor saúde, neste caso, o CSEGSF.

Constata-se que é preciso criar pontes entre o CSEGSF e os articuladores sociais do território de Manguinhos para que as tomadas de decisões sobre a saúde da população efetivamente sejam decididas por meio de uma gestão compartilhada e da participação social.

Uma aposta a se fazer é a participação ativa da Harmonia no CGI, que acontece todas as últimas sextas-feiras do mês no CSEGSF. Desde que os residentes chegaram ao campo de prática, percebeu-se que não é fomentado na Harmonia a participação dos trabalhadores neste espaço de potente construção coletiva. Não foi visto representantes da Harmonia nas reuniões do CGI, principalmente os ACS, que são moradores do território e voz de Manguinhos dentro desse espaço.

No decorrer deste trabalho, os residentes entenderam que o território de Manguinhos têm muitas potencialidades e uma delas são os dispositivos sociais que estão no território e operam como rede de apoio local, mas que são poucos utilizados pela Harmonia.

Faz se necessário desenvolver meios de dar visibilidade para essas potencialidades territoriais, para que haja vínculo entre a saúde e a comunidade.

A construção coletiva de novos paradigmas e de novas instituições se relaciona a dar visibilidade ao que está oculto nos territórios, em especial, naqueles caracterizados pela desigualdade. O desafio é dar visibilidade às redes que se constituem no cotidiano do território e que, muitas vezes, são invisíveis para os gestores e para os trabalhadores de saúde. (AKERMAN; COSTA, 2012, p. 89-90)

Conclui-se que a rede de apoio intersectorial em sua totalidade, opera de modo geral desarticulada e fragmentada. A relação entre os setores acontece na forma de contato para encaminhamento dos usuários, mas que não há uma parceria efetiva e trabalho em conjunto.

3. CONHECENDO O CENTRO DE SAÚDE ESCOLA GERMANO SINVAL FARIA

O CSEGSF é um departamento ENSP, da Fiocruz. Foi inaugurado em 1967 enquanto Unidade de Treinamento Germano Sinval Faria. Tem como objetivos

prestar assistência multidisciplinar, prioritariamente à sua vizinhança, a população moradora no Complexo de Manguinhos, no município do Rio de Janeiro; realizar atividades de educação, prevenção e promoção da saúde; desenvolver tecnologia, pesquisa e ensino na área da saúde pública. (REIS; VIANNA, 2004, p. 698)

Desde sua inauguração passou por diversas mudanças, respondendo as alterações que se processavam na política de saúde brasileira. A partir de 1985 reforçou suas atividades assistenciais na Atenção Básica (AB) por meio de um convênio com o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essas ações foram ampliadas e concretizadas com a criação do SUS em 1988 (ENSP, 2019).

O Programa Saúde da Família no território teve início com apenas 2 s, no ano 2000, por meio de convênio da ENSP junto à prefeitura do Rio de Janeiro. Anos mais tarde, precisamente em 2004, outras s foram implantadas, totalizando 8 s, para ampliar o escopo de cobertura da Estratégia de Saúde da Família em Manguinhos.

Quando o modelo de Organizações Sociais (OS) foi implantado pelo Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em 2009, a FIOTEC, habilitou-se como OS, concorreu à licitação e ganhou assumindo a gerência do território de Manguinhos (ENSP, 2019).

O Projeto TEIAS-Escola Manguinhos, reorganizou a ESF no território de Manguinhos, criando a Clínica da Família Victor Valla em 2010, que passou a dividir o território com o CSEGSF, ligados assim diretamente à Direção da ENSP/FIOCRUZ (ENSP, 2019). Desde 2013, contudo, as ações relacionadas à dimensão assistencial do TEIAS são gerenciadas pela chefia do CSE.

Em março de 2012, o CSEGSF conquistou Acreditação Internacional conferida pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) (anexo G), sendo a unidade de atenção primária pioneira nesta titulação nas Américas.

O CSEGSF configura-se como unidade mista de saúde, que possui s de estratégia de saúde da família atuando concomitantes a ambulatorios de especialidades, em uma unidade de saúde federal, o que insere uma dinâmica diferenciada em relação a outras unidades do município. Além disso, é um centro de saúde escola, que recebe estudantes de várias níveis de escolaridade e tem na pesquisa um lugar importante de atuação.

3.1. ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Atualmente, o CSEGSF possui sete s de Saúde da Família cadastradas, a saber:

Vida que abrange a comunidade Parque Oswaldo Cruz, e parte do Parque Amorim;

Aconchego - Parque Carlos Chagas;

Amizade - Parque João Goulart;

Fortaleza - Parque Amorim / Monsenhor Brito;

Serenidade - Vila Turismo;

Fraternidade - Nova Vila Turismo;

Harmonia - Comunidade Agrícola de Higienópolis / Vila São Pedro.

Figura 4 - Mapa do território de abrangência do Centro de saúde Escola Germano Sinval Faria



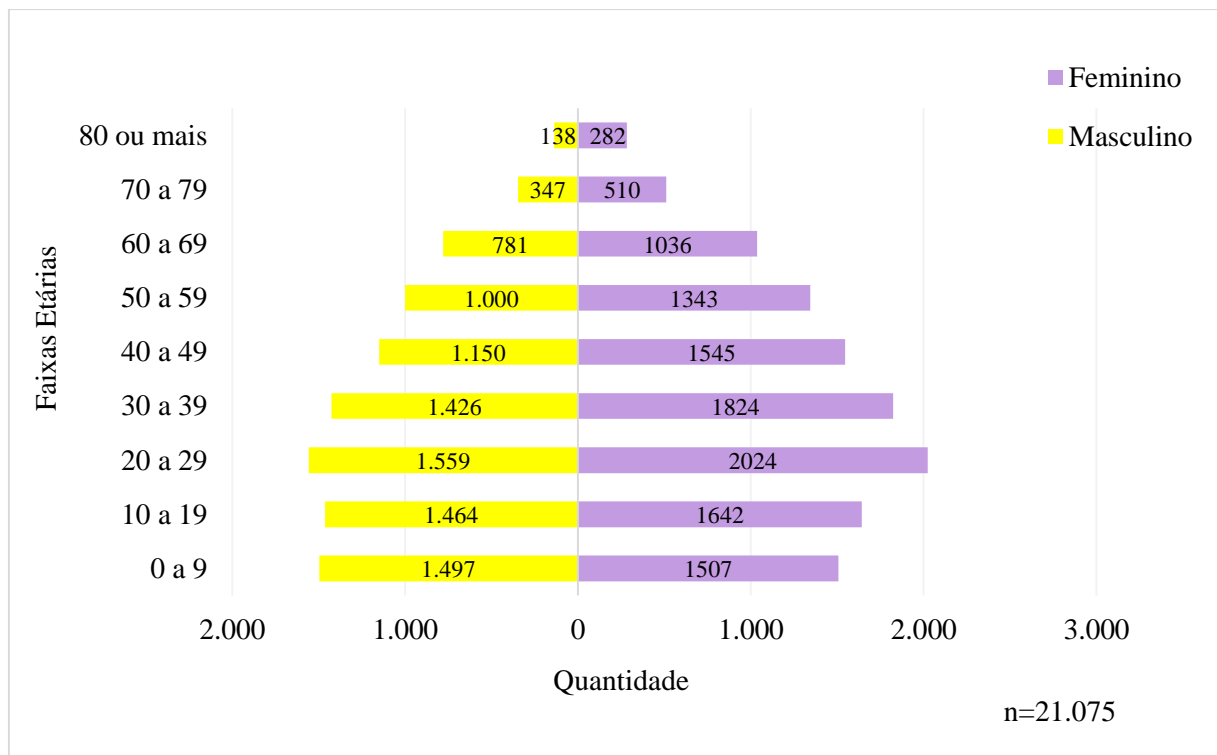
Fonte: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

3.2. POPULAÇÃO ADSCRITA: TOTAL, DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E POR SEXO

Segundo relatório de cadastrados do e-SUS há 21.075 pessoas cadastradas na clínica, sendo 11.713 (55,6%) mulheres e 9.362 (44,4%) homens. Destes 43,7% são autodeclarados pardos, 42,1% brancos, 11,9% pretos e 2,3% amarelos.

Dados retirados do sistema eletrônico e-SUS em 21/06/2019 indicam que a distribuição de cadastrados por faixa etária e sexo possui a seguinte configuração:

Gráfico 1 - Distribuição da população cadastrada por sexo segundo os grupos de idade - Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – 2019 (n=21.075)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

É possível perceber que em todas as faixas etárias de cadastrados o número de mulheres é maior que o de homens. No contexto municipal e brasileiro é a partir da faixa de 15 anos que o número de mulheres se iguala ao dos homens ou aumenta (IBGE, 2010). A maior parte da população de cadastrados é de adultos (44,2%), os idosos (a partir de 65 anos) representam cerca de 9,8% e as crianças 20,9%.

3.3. ESTRUTURA FÍSICA, NÚMERO DE EQUIPES E QUADRO PESSOAL

O Centro de Saúde Escola está localizado dentro do campus da FIOCRUZ anexo a ENSP e apresenta ampla estrutura física. A construção é feita de alvenaria, diferente da maioria das unidades com Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Porém o número de colaboradores que realizam atendimento clínico e ambulatorial excede o quantitativo de consultórios.

Apesar dessa dificuldade o CSEGSF possui tem uma boa estrutura que é composta de vários ambientes para realização de atividades, como uma área externa e anexa à unidade arborizada, horta comunitária, academia da Saúde, espaços de convivência para profissionais e outro para usuários, salas específicas para realizar procedimentos como imunização, curativos, coleta de sangue, observação clínica para crianças e adultos.

Cada de saúde da família possui um consultório e as especialidades ambulatoriais e s Nasf possuem salas para elaboração de atividades e organização do trabalho. A farmácia da unidade apresenta uma estrutura privilegiada e funcional, pois o ambiente é amplo facilitando a organização dos medicamentos e processos de trabalho.

O CSEGSF conta com multiprofissional de servidores, além de 7 s de Saúde da Família e 3 de Saúde Bucal e mais alunos de graduação e residentes multiprofissionais, residentes médicos e residentes de enfermagem. A unidade funciona de segunda a sexta-feira, de 8 às 17 horas, exceto feriados.

O nome das s de saúde da família e sua configuração de trabalhadores está disposta no quadro abaixo.

Quadro 5 - Quadro de pessoal das s de Saúde da Família - CSEGSF - 2019

	Médico	Médico res.	Enfermeiro	Enfermeiro res.	Residente multi.	Téc. de Enf.	ACS	Dentista	ASB
Aconcheço	1	2	1	-	-	1	6	1	1
Amizade	1	-	1	2	-	1	6	1	1
Fraternidade	1	2	1	-	5	1	5	1	1
Fortaleza	1	2	1	-	-	1	6	1	1
Harmonia	1	-	1	-	7	1	5	1	1
Serenidade	1	-	1	-	-	1	6	1	1
Vida	1	-	1	-	-	1	6	1	1

Fonte: elaboração própria

O CSEGSF apresenta características singulares na atuação interdisciplinar e multidisciplinar. Trata-se de uma unidade mista em atenção básica e integral à saúde, que possui especialistas como nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatra, além dos profissionais do NASF. Dentre as atividades realizadas destacam-se as ações de promoção da

saúde, prevenção, proteção e vigilância, planejamento, programação, controle, avaliação e gestão. Há também setores de Coordenação da Pesquisa, Coordenação do Ensino, Setor DST/AIDS, Núcleo de Comunicação e Saúde, Sistema de Informação do TEIAS e Coordenação do TEIAS.

Os procedimentos mais frequentes requisitados pelos usuários são consultas agendadas e espontâneas com enfermeiro e médico, atendimento odontológico, imunização, visitas e atendimentos domiciliares, curativo e pequenas suturas.

Muitas ações coletivas acontecem na unidade e no território (anexo H), além disso as s utilizam com frequência os espaços de sala de espera para realizar intervenções informativas.

3.4. PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE ACERCA DO SERVIÇO DE SAÚDE

Foram realizadas entrevistas semi estruturadas (roteiro no anexo I) buscando a percepção dos usuários em relação ao serviço prestado pelo CSEGSF. Foram entrevistados seis usuários, dentre eles apenas um homem. Destes, quatro entrevistados estavam na faixa etária entre 23 anos e 40 anos e dois tinham acima de 60 anos.

Os usuários foram questionados a respeito das suas percepções dos serviços oferecidos pelo CSEGSF e todos responderam que suas percepções são “boas”, mas que a demora e o encaminhamento são problemas. Abaixo, destacam-se algumas falas

São boas. Ruim é a demora. (M., Mulher, 23 anos, Fortaleza).

O atendimento é bom, porém o serviço está precário, pois infelizmente não conseguimos alguns atendimentos. O SISREG demora muito, precisei de um atendimento com um urologista, que só saiu dois anos depois. (J. B., Homem, 64 anos, Serenidade)

A segunda questão estava relacionada ao tempo médio de espera para ser atendido no CSEGSF, que foi respondida como demorada por três entrevistados e não demorado por dois. Deve-se destacar que alguns usuários relataram que quando a demanda é espontânea o tempo na espera é ainda maior que na consulta marcada. A seguir algumas falas em relação a essa pergunta

Quando estou marcada geralmente espero cerca de uma hora ou mais, quando venho na demanda livre espero a manhã toda. (J. S., Mulher, 36 anos, CHP2, Amizade)

Não espero muito tempo para ser atendido, acho um bom tempo. Outras unidades estão ruins. Aqui é melhor por ser uma administração federal, enquanto outras OSs são pelo município. A Fiocruz faz o possível mesmo com a crise, com corte de pessoal, aqui eles fazem o possível para atender bem. (J. B., Homem, 64 anos, Serenidade)

A terceira questão dizia respeito à demanda que trouxe o paciente a unidade e se esta foi resolvida ao deixar o CSEGSF. Todos os entrevistados disseram que sempre que eles vem

ao CSEGSF eles saem com seus problemas resolvidos e apenas um nos relatou que o seu caso dependia do SISREG e ele sabia que o CSEGSF não poderia auxiliá-lo nisso. Já no que diz respeito às demandas que trouxeram os usuários ao CSEGSF, apenas uma usuária respondeu que esperava para realizar exames e que fazia o acompanhamento do pré-natal na unidade

Hoje para realizar exames, mas venho muitas vezes por conta do meu pré-natal e consulta de nutrição. Geralmente meus problemas são resolvidos.(Gestante, 39 anos, Serenidade);

Sempre que venho aqui sou atendida. A enfermeira da minha resolve sempre meu problema. (M. A., Mulher, 23 anos, Fortaleza)

Saio com remédio e se eu não melhorar, posso vir sem ser hora marcada. Saio sempre com meu problema resolvido. (J. S., Mulher, 36 anos, CHP2, Amizade)

Saio com a questão resolvida sempre. (S., Mulher, 40 anos, Fortaleza)

Quando preciso de um serviço o problema é resolvido. E quando não, como o caso do meu exame do SISREG, não é por conta do CSE, é por conta do sistema. (J. B., Homem, 64 anos, Serenidade)

Outro questionamento foi sobre as dificuldades no atendimento e sugestões de melhoria. Quatro usuários entrevistados elencaram que a maior dificuldade é a demora no atendimento; e dois entenderam que o atendimento que tiveram não foi adequado e que a falta de medicamento é uma questão que precisa ser revista

Fora a demora no atendimento, não vejo outras dificuldades, Eu ganho todos os medicamentos para os meus tratamentos.(S., Mulher, 40 anos, Fortaleza)

Na minha opinião os atendimentos demoram muito, pois a doutora sempre está muito ocupada e sua agenda muito cheia. Pode melhorar na organização e distribuição dos atendimentos. O atendimento com o médico é muito bom e com enfermeira também. Porém precisa respeitar as prioridades. Outra coisa ruim é que faltam muitos remédios.(Gestante, 39 anos, Serenidade)

O ruim é a espera e falta de remédio na farmácia.(J. S., Mulher, 36 anos, CHP2, Amizade)

Tive dificuldade uma vez na hora de fazer o preventivo, não sei se ela era nova... mas aí a outra veio fez o preventivo e deu tudo certo. Eu gosto de ser atendida por médico. Não peguei a receita carimbada pelo enfermeiro. Estou esperando a médica voltar. Estou sem medicamento, pois estou esperando a receita dela.(L., Mulher, idosa, Harmonia)

A dificuldade que eu vejo no CSE é que a primeira vez que eu vim aqui, um enfermeiro me atendeu no lugar do médico. Ele passou remédio para mim de pressão nessa e em mais duas consultas, porém fui em um médico particular cardiologista que viu meus exames e me disse que eu não tinha problema cardíaco. Que eu precisava investigar a causa da pressão alta, então me estressei com o enfermeiro, pois ele não queria me encaminhar para o médico. Ele só queria passar o remédio da pressão e ponto, não investigar a causa da minha pressão estar alta.(J.B., Homem, 64 anos, Serenidade)

A quinta questão tratava do CSEGSF para entender seu vínculo com a unidade. Na entrevista foi constatado que somente um usuário não tinha vínculo algum com a clínica, ou seja, não conhecia ou se relacionava com parentes, amigos ou vizinhos que frequentaram o

CSE. Os outros cinco tinham vínculos familiares ou afetivos que frequentavam o CSE e conheciam os funcionários há anos:

Sou atendida desde criança, minhas vacinas foram aqui.(Gestante, 39 anos, Serenidade)

Frequento há 3 anos. Minha família frequenta aqui(M. A., Mulher, 23 anos, Fortaleza)

Frequento desde que nasci, há 30 anos. Minha filha de 14 anos, minha mãe e irmãs todos fazem tratamento aqui.(J. S., Mulher, 36 anos, CHP2, Amizade)

A minha mãe fez o pré-natal aqui. Eu conheci a fundação através de um problema de vista e eu também fiz pré-natal aqui. Nasci no Jacaré, fui para Belford Roxo e fiquei lá até os 17. (S., Mulher, 40 anos, Fortaleza)

Eu trabalho mais de 20 anos como motorista de caminhão e não tinha como vir ao CSE, não tinha tempo. Estou usando há 5 anos. (J.B., Homem, 64 anos, Serenidade)

O sexto e último questionamento foi a respeito da estrutura física do CSEGSF, para que os usuários entrevistados elencassem problemas e sugestões de melhorias. A estrutura física do CSEGSF foi relatada por cinco entrevistados como “boa” e apenas um entrevistado forneceu sugestão para “melhorar” a estrutura

Sobre a estrutura: eu acho que poderia ser mais separado. Na sala de espera ficam crianças recém-nascidas e pessoas com tuberculose. Deveria ter um espaço só para as crianças. Eu tive vergonha porque tive crise de choro/grito e tinha criança junto.(S., Mulher, 40 anos, Fortaleza)

A estrutura física eu acho bem melhor do que as outras clínicas. (J. B., Homem, 64 anos, Serenidade)

Acho que a estrutura é boa, mas as salas são pequenas.(Gestante, 39 anos, Serenidade)

Estrutura Ok. O banheiro estava “limpinho”, só deviam atentar mais pois faltava sabonete líquido.(M. A., Mulher, 23 anos, Fortaleza)

Regular. O banheiro sempre limpo, com papel higiênico e papel toalha. A estrutura atende, mas sempre pode melhorar.(J. S., Mulher, 36 anos, CHP2, Amizade)

A análise das entrevistas permitiu evidenciar as percepções dos usuários participantes acerca das questões levantadas. No que diz respeito à qualidade do serviço, resolutividade dos problemas e estrutura física do CSEGSF os usuários entrevistados encaram-nas de maneira positiva, porém para a maioria dos entrevistados o tempo de espera no atendimento ainda é uma questão muito presente e que dificulta o acesso, a falta de medicamento também esteve muito presente nas respostas dos entrevistados. Percebe-se também que alguns dos usuários não entendem a lógica do atendimento da enfermagem na Estratégia de Saúde da Família.

4. CONHECENDO A SUA ÁREA, A DE SF E SUA POPULAÇÃO

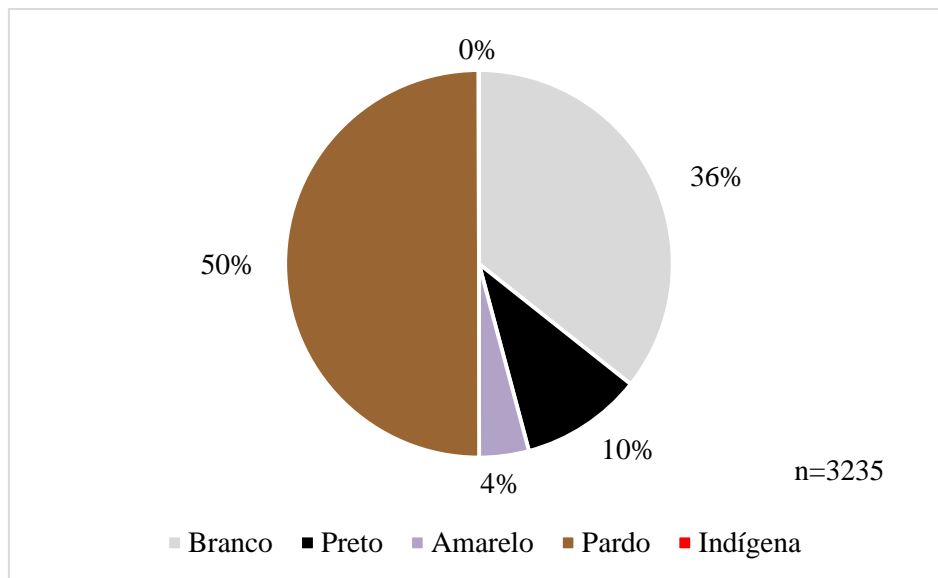
4.1. ÁREA DE ABRANGÊNCIA E POPULAÇÃO CADASTRADA

A área de abrangência da Harmonia, de acordo com o Projeto TEIAS Manguinhos, está dividida entre duas comunidades separadas pelo Rio Faria Timbó e pela Avenida Governador Carlos Lacerda (Linha Amarela), chamadas de Vila São Pedro e Comunidade Agrícola de Higienópolis.

O Placar da Saúde da Clínica da Família, ferramenta estatística do Sistema Prime Saúde, informava que há 1.106 famílias cadastradas na , somando um total de 2.524 pessoas cadastradas.

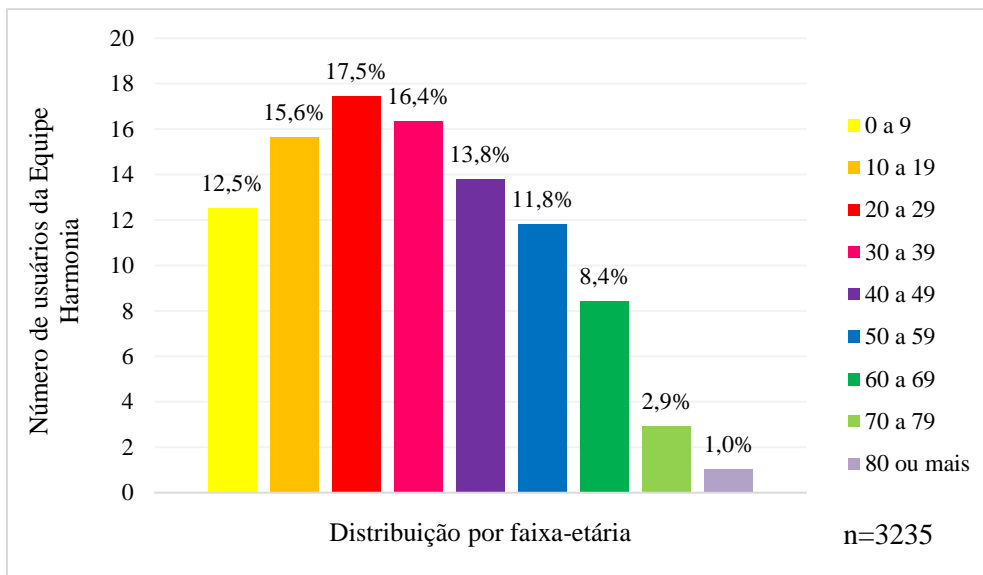
Foram coletadas as informações a partir do novo sistema vigente (e-sus), que fornece o dado de 3.235 usuários cadastrados na , sendo 1444 homens (44,6% dos usuários) e 1791 mulheres (55,4% dos usuários).

Gráfico 2 - Distribuição relativa (%) da identificação quanto à raça/cor dos usuários cadastrados na Harmonia - 2019 (n= 3235)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

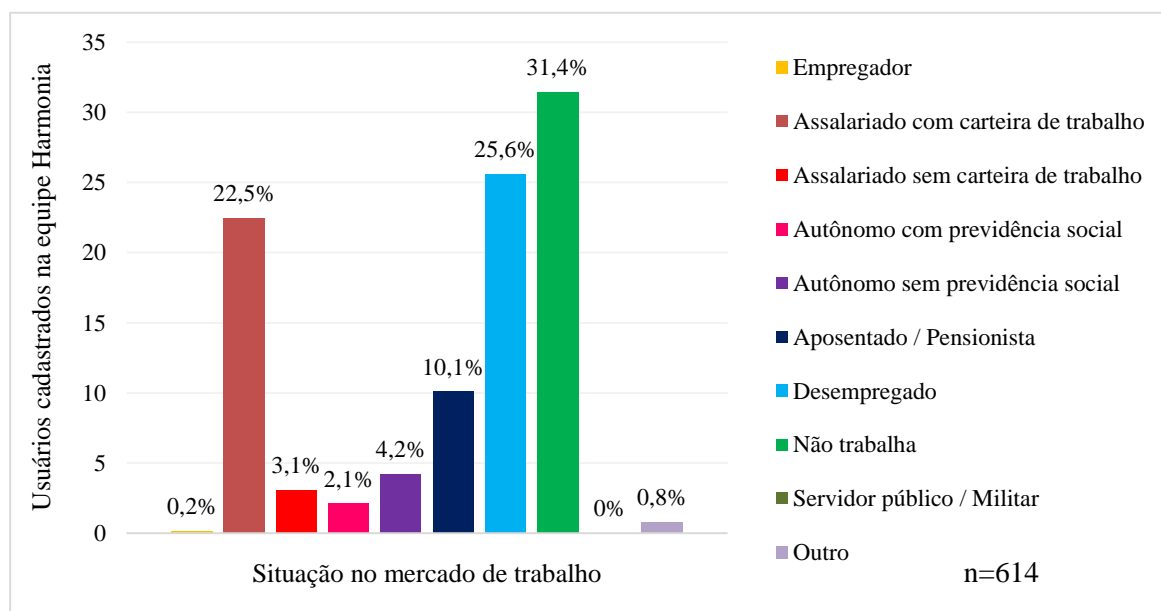
Gráfico 3 - Distribuição relativa (%) por faixa-etária dos usuários cadastrados na Harmonia - 2019(n = 3235)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

A maioria das pessoas cadastradas na Harmonia está na faixa dos 20 a 29 anos, seguida dos usuários que têm entre 30 a 39 anos e dos adolescentes (entre 10 e 19 anos). Após os 50 anos, o número de usuários decai bastante, indicando que há menos idosos (12,3%) do que crianças (12,5%), adolescentes (15,6%) e jovens adultos (17,5%).

Gráfico 4 - Distribuição relativa (%) dos usuários por situação no mercado de trabalho na Harmonia - 2019 - n=614 usuários (19% do total de usuários da); Não informado: 2621 usuários



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

No relatório gerado pelo e-SUS, o número de usuários em que essas informações foram coletadas era de 614 usuários, apenas 19% do número total de usuários cadastrados na Harmonia.

Levando em conta que a população potencialmente ativa, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), são as pessoas entre 15 e 64 anos, esse n=614 ainda é muito defasado, considerando que os usuários cadastrados na nessa faixa-etária somam um n=2336. Percebe-se, portanto, que esse dado é subnotificado no sistema.

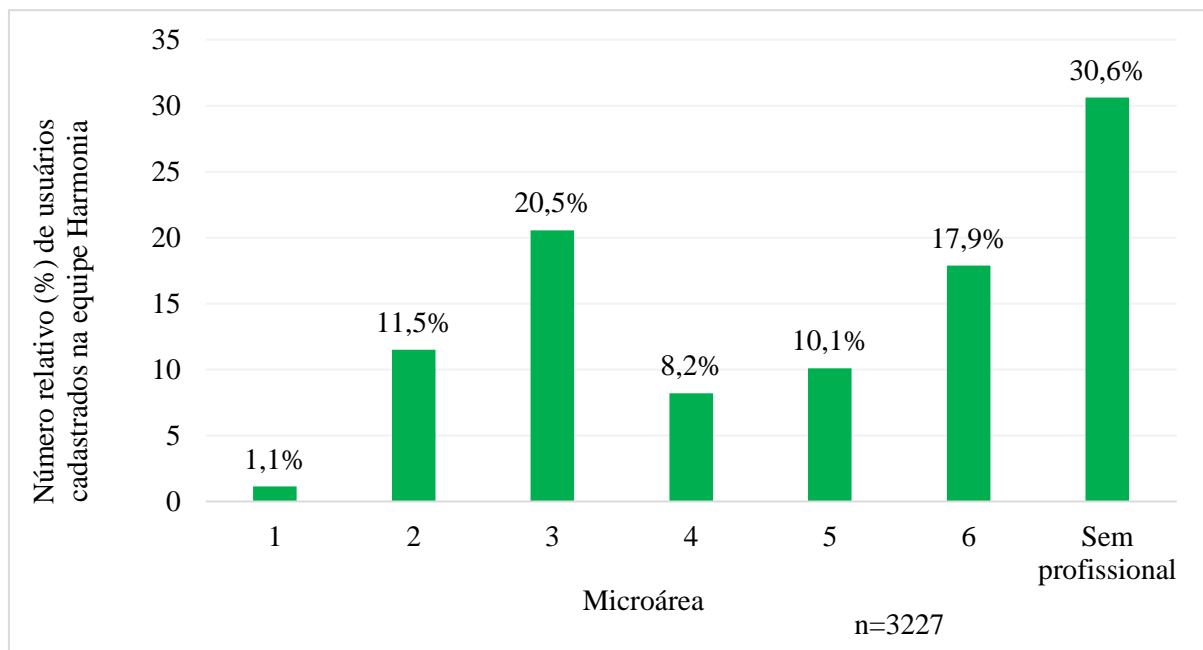
4.2. MICROÁREAS E SUAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

Existem 6 microáreas na área de abrangência da Harmonia. A Comunidade Agrícola de Higienópolis (CAH) é dividida nas microáreas 4(Rua Pau Brasil e Avenida Novo Rio), 5 (Rua Bom Jardim, Rua Orquídeas e Avenida Novo Rio) e 6 (Rua Fernando Rabelo, Rua das Rosas e Avenida Novo Rio). Já a Vila São Pedro é dividida nas microáreas 1 (Rua da Liberdade e Rua Nova), 2 (Rua Liberdade e Becos São Paulo, 24, 30, 32, 36, 40 e Davi) e 3 (Rua Saint’Hilarie, Rua Humboldt, Rua Uranos e Beco São Mateus).

Entretanto, percebeu-se que havia 3 arquivos diferentes de profissionais agentes comunitários de saúde não cadastrados que detinham vários usuários, como se houvesse mais 3 microáreas. Esses dados foram agrupados nas barras com título “sem profissional”.

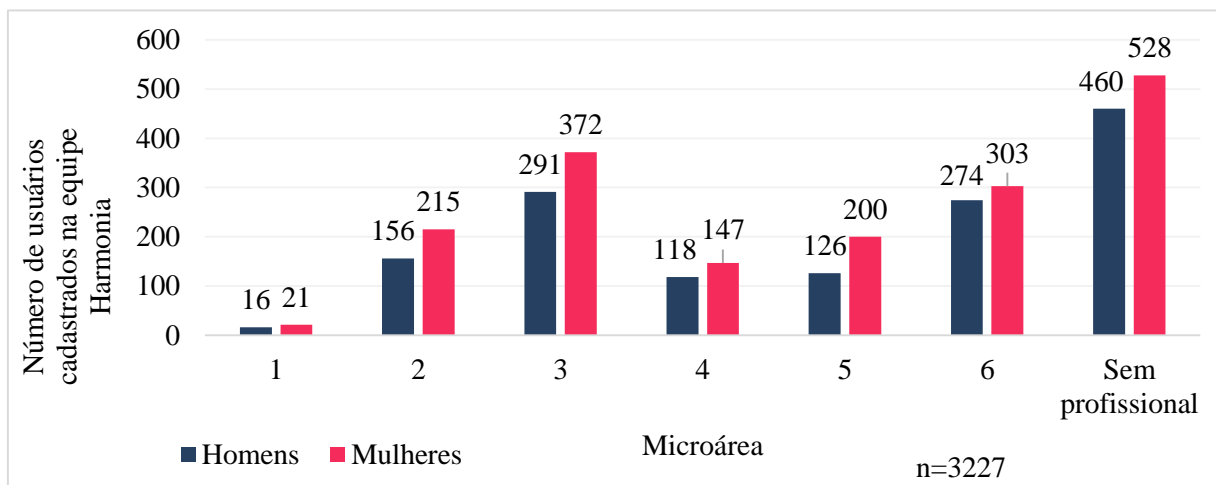
Em relação às características demográficas, para cada microárea foi feita a distribuição por número total de usuários, por sexo e por faixa-etária, como mostram os gráficos abaixo:

Gráfico 5 - Distribuição relativa (%) dos usuários cadastrados na Harmonia por microárea - 2019(n= 3.227)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

Gráfico 6 - Distribuição por microárea e por gênero dos usuários cadastrados na Harmonia - 2019(n= 3.227)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

Há mais mulheres do que homens cadastradas em todas as microáreas da nossa área.

Ao contabilizar o total de usuários através dos relatórios dos profissionais agentes comunitários de saúde, reparamos que o n=3227 possui 8 pessoas a menos comparado ao dado obtido através do relatório da (n=3235). Logo, devem existir 8 pessoas cadastradas em outros profissionais (enfermeiro, técnico de enfermagem, médico etc), fugindo da lógica das microáreas.

Consultando os dados do e-SUS em relação ao tipo de imóvel, tipo de domicílio, escoamento do banheiro, destino do lixo e condições de saúde, obteve-se alguns dados interessantes sobre as microáreas:

Quadro 6 - Tipos de imóvel cadastrados em cada microárea - 2019

Microárea	Domicílio	Outro tipos citados
1	13	0
2	149	0
3	235	0
4	63	0
5	125	0
6	207	0

Fonte: elaboração própria a partir de dados do e-SUS

Só foram cadastrados no e-SUS os imóveis onde residem os usuários. Não há, de fato, nenhuma creche ou escola públicas na área da Harmonia, mas o comércio local existe em todas as microáreas: há bares, padarias, salão de beleza, barbearia, trailer de comida (funcionando sobretudo à noite), borracharia, mecânico de automóveis, pessoas que vendem bolos e salgadinhos sob encomenda, venda de açaí, sorvete e doces na própria casa etc.

Em relação aos tipos de domicílio, os que constam no cadastro são casa, apartamento ou outro tipo não especificado. Na maioria das microáreas, os usuários estão alocados em casas. Apenas a microárea 3 é a exceção: 42,1% residem em apartamento e 17,9% em casa. Abaixo, um quadro que detalha o tipo de domicílio dos usuários por microárea.

Quadro 7 - Tipos de domicílio dos usuários cadastrados em cada microárea - 2019 (n = 79)

Microárea	Casa	Apartamento	Outro	Não informado
1	12	1	0	0
2	133	7	0	9
3	99	42	15	79
4	5	53	3	2
5	88	32	2	3
6	169	5	24	9

Fonte: elaboração própria a partir de dados do e-SUS

O Rio Faria Timbó é paralelo às duas comunidades, separando-as. Algumas casas foram construídas muito próximas à sua margem e é possível ver tubulações saindo dos muros e desembocando em esgoto a céu aberto ou direto no rio. No e-SUS foi possível levantar dados sobre o escoamento dos resíduos do banheiro nas microáreas, como detalhado no quadro a seguir.

Quadro 8 - Situação do escoamento do banheiro em cada microárea – 2019

Microárea	Rede coletora de esgoto	Direto para um rio	Céu aberto	Não informado
1	8	4	0	1
2	137	1	0	11
3	89	57	0	89
4	52	8	1	2
5	114	1	0	10
6	97	97	10	3

Fonte: elaboração própria a partir de dados do e-SUS

Todas as microáreas possuem algum domicílio, pelo menos, cuja a tubulação desemboca direto no rio. Entretanto, a maioria está nas microáreas 3 e 6, onde há as ruas que margeiam o rio em ambas as comunidades.

Na CAH a coleta de lixo é feita de porta em porta até determinada parte das ruas. Depois desse ponto, os moradores precisam levar o lixo produzido até uma caçamba de lixo, que fica em frente à associação de moradores, próximo ao acesso da linha amarela. Essa caçamba não dá conta da quantidade de resíduo produzido. Além disso, a coleta não é em horários e dias fixos, de forma que o lixo se acumula no entorno, atraindo muitas moscas.

O quadro abaixo detalha a situação da coleta de lixo por microárea.

Quadro 9 - Situação do destino do lixo em cada microárea – 2019

Microárea	Coletado	Queimado	Céu aberto	Não informado
1	9	0	3	1
2	142	0	0	7
3	135	0	2	98
4	50	0	11	2
5	63	1	55	6
6	56	0	146	5

Fonte: elaboração própria a partir de dados do e-SUS

As microáreas com maiores casos de lixo a céu aberto são justamente na CAH. Provavelmente são de usuários que moram na parte onde não há coleta na porta.

Em relação ao quantitativo de pessoas nas microáreas, é notório que a microárea 1 tem uma população muito menor que as demais. Isso se dá porque esta microárea não era coberta oficialmente por nenhum agente comunitário de saúde (ACS) até 2 meses atrás, sendo

assistida por ACS de microáreas próximas. Estes ACS cadastraram novos usuários dessa microárea em “agente comunitário de saúde - profissional não cadastrado”.

Entretanto, não é possível dizer com certeza que todos os usuários incluídos nessa “pseudomicroárea” são pertencentes à microárea 1. Isso porque, nesse ínterim, o ACS que cobria a microárea 6 foi demitido - logo, novos usuários desta microárea podem ter se somado aos da microárea 1 em “agente comunitário de saúde - profissional não cadastrado”.

Outra questão que impossibilita a associação direta do quantitativo de usuários pertencentes à microárea 1 e aqueles usuários cadastrados na “pseudomicroárea” é a possível importação errônea do Sistema Prime para o e-SUS, sobretudo de cadastros temporários.

4.3. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

Conforme os dados registrados no Placar da Saúde da Clínica da Família a é composta por 1 profissional de medicina, 2 profissionais de enfermagem, sendo 1 enfermeiro e 1 técnica de enfermagem e 5 profissionais agentes comunitários de saúde (ACS). Entretanto, 1 ACS sofreu processo de desligamento pouco tempo após o início da chegada dos residentes ao campo.

Uma nova ACS foi contratada para cobrir a microárea que antes estava sem ACS há meses. Assim, ainda há 5 agentes comunitários de saúde atualmente, com uma microárea sob responsabilidade de outros ACS, sem que haja a contratação de mais um agente para igualar o número de microáreas ao de agentes.

Em um sentido legal, a de referência encontra-se dentro dos parâmetros do estabelecido pela Portaria 2.436 de 2017, que institui a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Ela define que a de referência deve ser composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, sendo que o número de ACS deve ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local (PNAB, 2017).

No entanto, esse critério legal não necessariamente atende a uma necessidade de saúde da população, já que a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria 2.488 de 2011, define que o número de ACS deve cobrir 100% o território da , fazendo que todas microáreas da estivesse com um agente comunitário de saúde, cada agente responsável por 750 pessoas e com o número mínimo de 6 agentes por , o que vai de encontro com o princípio da

universalidade.

4.4. O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE

Ao dialogar-se com a equipe a respeito dessas questões, foi dito que ela identifica situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória; cadastrando famílias e indivíduos, garantindo a qualidade dos dados coletados e a fidedignidade do diagnóstico de saúde do grupo populacional da área adstrita de maneira interdisciplinar, com reuniões sistemáticas, organizadas de forma compartilhada, para planejamento e avaliação das ações.

Entretanto, a percepção dos residentes é que a reunião de não é muito potente, já que não há debate de casos clínicos e que falta maior integração entre o corpo técnico, os ACS e os residentes no compartilhamento de informações e planejamento de ações.

O fluxo de trabalho ocorre primeiramente pelo ACS que figura como personagem central e importante no que tange a ligação entre os domicílios, unidades básicas de saúde (UBS) e comunidade (AMARIZ, 2019).

A harmonia possui 5 ACS e um total de 6 microáreas, sendo assim 2 ACS dividem a microárea que não está sendo assistida, o que faz com que o processo de trabalho seja prejudicado em relação à qualidade dos princípios da estratégica, como acesso e vínculo.

Em conversa com a técnica de enfermagem da , foi possível perceber que sua função vai muito além da preparação do usuário para atendimento médico e de enfermagem, aferição de pressão, peso e escuta: ela tem uma escuta qualificada para avaliação mais integral do usuário, além de ser um elo muito importante entre ACS, usuários, enfermeiro e médico, direcionando a necessidade dos usuários e promovendo um fluxo de trabalho mais potente.

Com um contexto político desfavorável, foi enviado recentemente ao CSEGSF uma nova tabela de metas que altera o turno de VDs para técnicos de enfermagem de um turno, que corresponde a quatro casas, para dois turnos, que corresponde a oito domicílios. Segundo a técnica, é uma meta que dificulta o fluxo de trabalho e a qualidade de atendimento, pois ela também atua em outros setores da enfermagem da unidade atendendo todos os usuários e não somente os cadastrados na nossa área assistida.

Depois do acolhimento, da avaliação da técnica de enfermagem, o usuário passa por consulta médica ou de enfermagem, dependendo da sua classificação de risco e seus sintomas.

O enfermeiro e também preceptor dos residentes, tem como competências a puericultura, acompanhamento de pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos,

visita domiciliares e formação de grupos de educação em saúde.

A reunião de ocorre semanalmente e, conforme demandas trazidas pelos ACS e outros membros da , é proposto discutir o processo de trabalho e projetos terapêuticos para os usuários, assim como questionamentos do que pode ser articulado para melhoria da assistência.

Não foi detectada a elaboração de quaisquer relatórios por parte da equipe. Durante a reunião, é feita a ata por um dos membros da equipe , anotando-se sobretudo a data de ações que foram planejadas.

Há também um quadro-mapa do território de abrangência da equipe e alguns alfinetes indicando alguns riscos biológicos e domicílios onde há pacientes de difícil controle de hipertensão, acamados e gestantes de alto risco. Entretanto, não identificou-se com que frequência esse quadro-mapa é atualizado.

5. CONDIÇÕES DE SAÚDE

5.1. HIPERTENSÃO E DIABETES

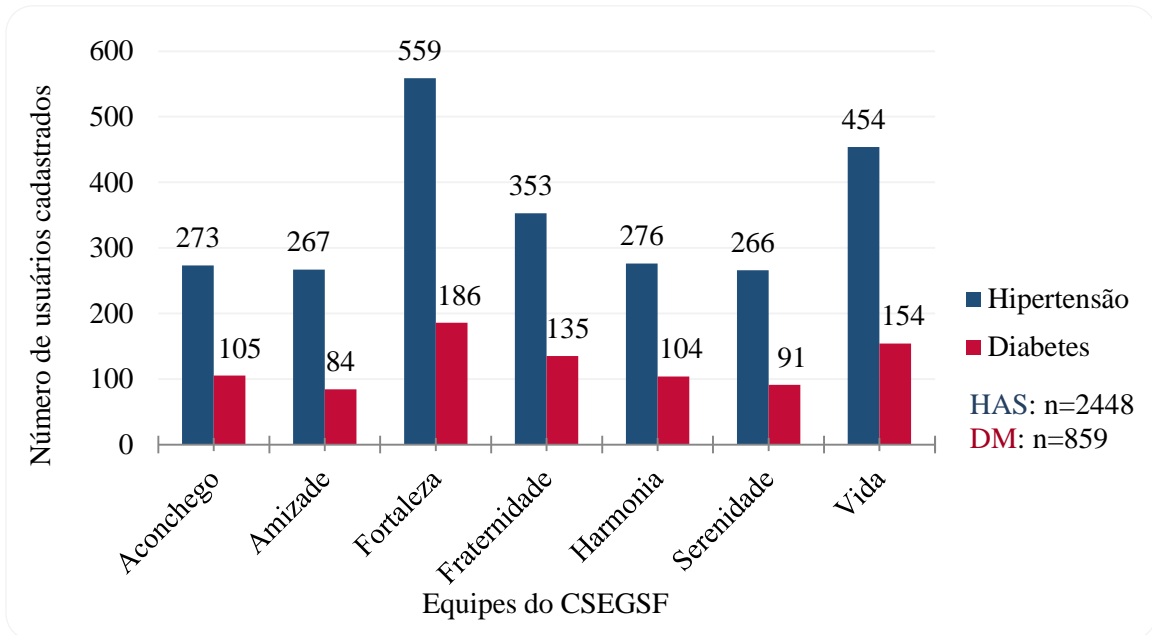
A hipertensão arterial e diabetes mellitus são doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis, pelas principais causas de óbitos no Brasil (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia a Hipertensão Arterial é considerada um agravo à saúde frequente, que acomete uma em cada quatro pessoas adultas. Estima-se que cerca de, no mínimo, 25 % da população brasileira de adultos tenha essa morbidade, sendo que mais de 50% representam a faixa etária acima dos 60 anos. É apontada como o principal responsável por 40% dos infartos, 80% dos Acidentes Vasculares Cerebrais e 25% dos casos de insuficiência renal terminal.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estima que a diabetes é motivo de 5% das mortes por ano em todo mundo e que 80% dos portadores da doença estão em países de baixo ou médio desenvolvimento.

5.1.1. Centro de Saúde

Gráfico 7 - Distribuição dos usuários cadastrados na Harmonia – 2019(n HAS=2.448; n DIA= 859)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

Em todas as s, é notório que a hipertensão é um problema que acomete mais os usuários do que a diabetes.

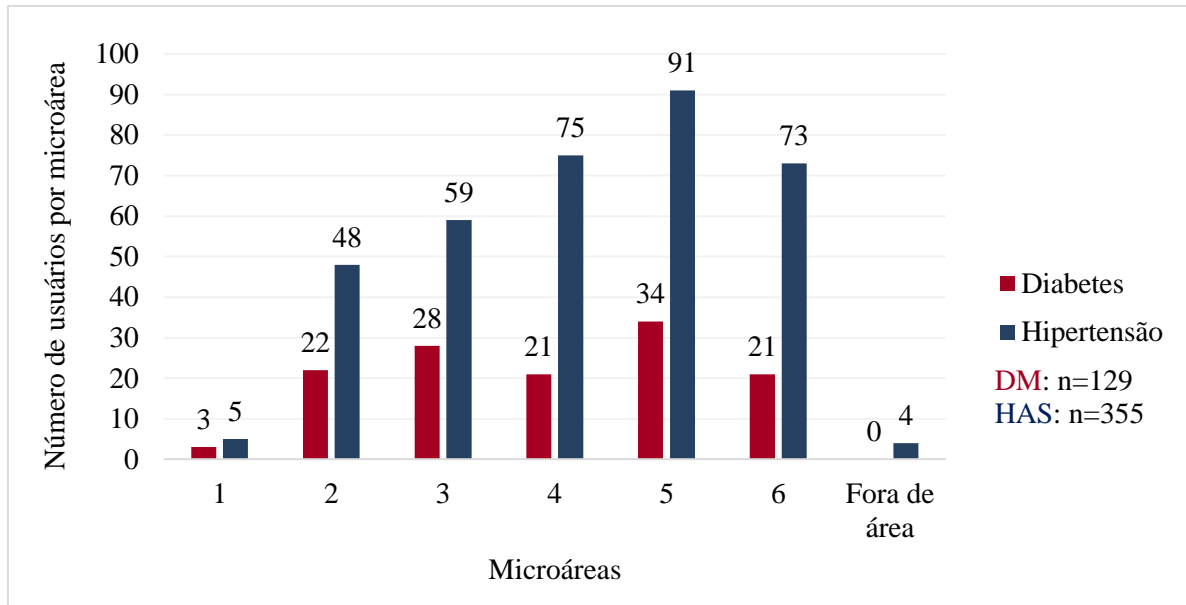
Considerando que o número total de adscritos no CSE é de 21.075 usuários, a prevalência dos usuários adscritos no CSE em relação a hipertensão é: $2448/21075 \times 100.000 = 11615$ hipertensos a cada 100.000 habitantes adscritos (11,6%). Em relação à prevalência de diabetes, temos que: $859/21075 \times 100.000 = 4075$ diabéticos a cada 100.000 habitantes adscritos (4,1%).

5.1.2. Harmonia

Há 484 usuários com Diabetes (DM) ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), havendo 355 usuários hipertensos e 129 diabéticos. Esse n=484 inclui os diagnósticos clínicos e os que são informações autorreferidas, estas compondo a minoria dos dados.

O gráfico abaixo ilustra a distribuição desses pacientes por entre as 6 microáreas. Há ainda alguns que estão em um relatório classificado como “fora de área”, contabilizados como uma sétima microárea.

Gráfico 8 - Distribuição por microárea dos usuários cadastrados na Harmonia que possuem diabetes (n=129) ou hipertensão (n=355) - 2019 (n total = 484)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

A harmonia possui 355 usuários cadastrados com hipertensão com uma população adscrita de 3235 pessoas. Então, o cálculo da prevalência é: $P=355/3235= 0,10973 \times 100.000\text{hab} = 10.974$ pessoas por 100.000 habitantes adscritos.

Em termos de porcentagem, 10,97% da população do território da Harmonia encontra-se com HAS. A prevalência média nacional varia entre 22,3% e 43,9 (SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, 2013).

De acordo com dados de 2018 do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2018), 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmaram ter diagnóstico de hipertensão, sendo o Rio de Janeiro a capital com maior prevalência de hipertensão, com 31,2% (BRASIL, 2019)

A harmonia possui 129 usuários cadastrados com diabetes em uma população adscrita de 3235 pessoas. Portanto, o cálculo da prevalência é: $129/3235=0,0399 \times 100.000 = 3990$ pessoas do território adscrito da harmonia por 100.000 habitantes. Em termos de porcentagem 3,98% da população do território da Harmonia encontra-se com DM.

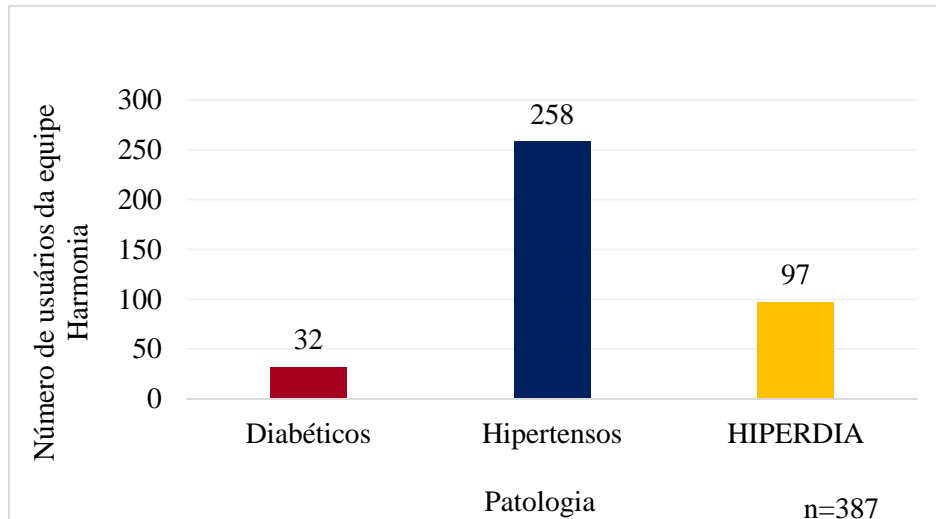
De acordo com Flor e Campos (2017, p.16) a Prevalência de diabetes no Brasil é de 7,5%. O Rio de Janeiro tem a maior prevalência de diagnóstico médico de diabetes no ano de 2016, apresentando 10,6% (VIGITEL BRASIL, 2016).

Logo, tanto para hipertensão como para diabetes, as prevalências no território da harmonia e na área de abrangência do CSE, ficam abaixo dos dados de prevalência municipais e nacionais.

Alguns usuários, entretanto, possuem ambas as patologias (HIPERDIA). Outro,

apenas uma delas. Abaixo, o gráfico ilustra o quantitativo de usuários cadastrados na em relação às suas patologias.

Gráfico 9 - Distribuição dos usuários cadastrados na Harmonia que possuem diabetes ou hipertensão ou diabetes e hipertensão - 2019 (n= 387)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

Logo, dos 387 usuários que são diagnosticados como hipertensos, diabéticos ou hipertensos e diabéticos, 66,6% deles são apenas hipertensos; 25,1% são hipertensos e diabéticos; e 8,3% são apenas diabéticos.

Considerando que a prevalência de HAS é muito maior que a de diabetes, os dados obtidos pelo e-SUS corroboram a distribuição estadual dessas patologias.

5.2. TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) no Brasil é reflexo da situação socioeconômica, onde as deficiências da organização do sistema de saúde e as limitações de gestão impedem a ação efetiva sobre o agravo. Duas causas são apontadas para a piora do quadro – a epidemia de SIDA e a multirresistência aos antibióticos (BRASIL, 2019).

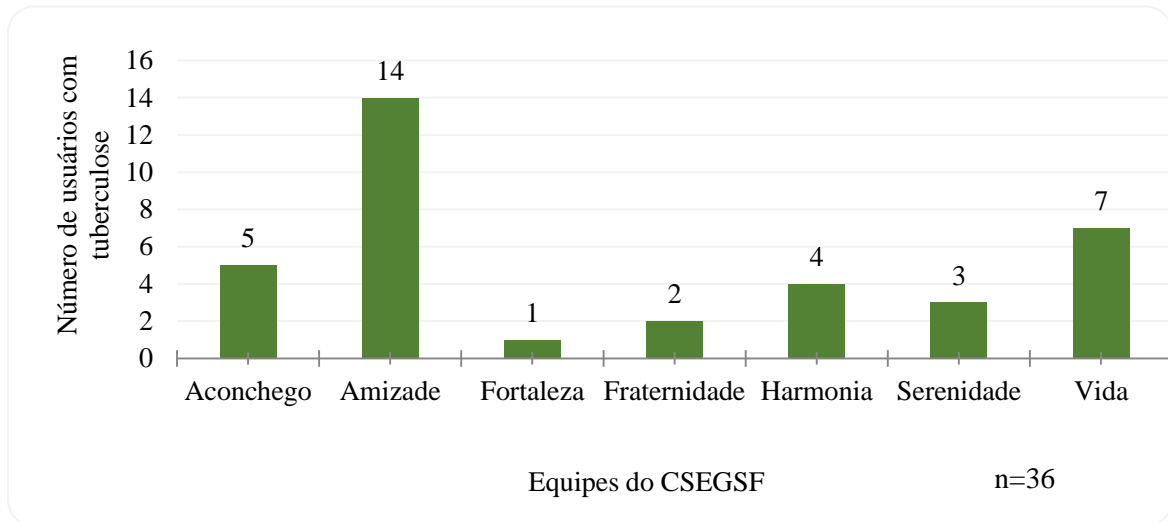
Segundo a Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro, em uma publicação, em 2018, o Rio de Janeiro apresenta uma quantidade expressiva de casos de Tuberculose, sendo considerada a segunda unidade da Federação com maior número de incidência e o primeiro em mortalidade por conta da doença (5 casos/100.000 habitantes).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs como meta abolir a epidemia global de tuberculose até 2035. Entretanto, apesar das evoluções no tratamento ocorridas no Brasil, o

país ainda está distante de atingir esse o objetivo (BRASIL, 2019).

5.2.1. Centro de Saúde

Gráfico 10 - Distribuição dos usuários cadastrados no CSEGSF diagnosticados com Tuberculose - 2019 (n= 36)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

No Brasil, em 2018, foram diagnosticados 72.788 casos novos de TB, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 34,8 casos/100 mil habitantes. Em relação ao Rio de Janeiro este coeficiente aumenta, ficando com 66,3 casos/100 mil habitantes, sendo a segunda maior incidência do Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

O CSEGSF tem 36 casos de tuberculose distribuídos entre as áreas das s, sendo sua população cadastrada de 21075 habitantes, segundo o e-SUS. A incidência de tuberculose é de $36/21075=0,0017 \times 100.000$ habitantes adscritos = 170,8 casos de tuberculose a cada 100.000 habitantes adscritos (0,17%).

Também foram coletados dados da planilha de dispensação de medicamentos para o tratamento de tuberculose dos usuários do CSEGSF, fornecida pela farmácia no dia 15/07/2019.

100 pacientes receberam medicamentos do tratamento de tuberculose ainda esse ano. Destes, 71 usuários não parecem ter concluído o tratamento. A não conclusão do tratamento pode ser por abandono ou por tratamento em andamento. Aparentemente, há 34 usuários ainda ativos, já que a última vez que o medicamento foi dispensado para eles foi em Junho deste ano, enquanto 37 parecem ter abandonado o tratamento antes do término, uma vez que há mais de 1 mês não recebem os medicamentos e não concluíram o tempo de tratamento.

Portanto, a maioria (52,1%) que ainda não concluiu o tratamento e estava recebendo

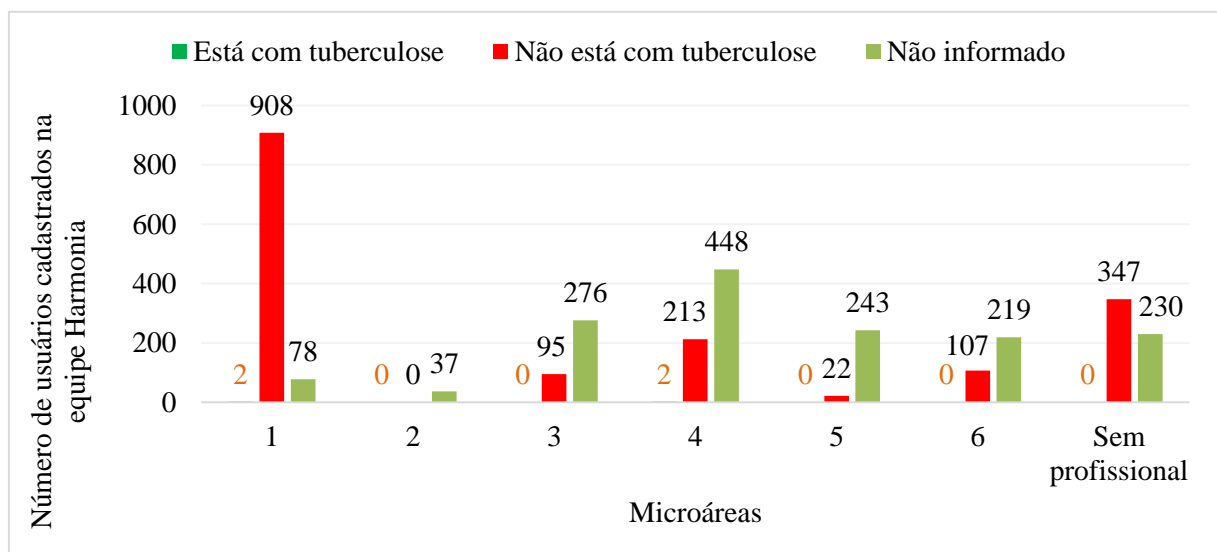
dos medicamentos ainda esse ano, abandonou-o.

Os dados da dispensação de medicamentos indicam uma subnotificação dos dados do e-SUS, uma vez que esses dados provavelmente foram acumulados do período de vigência do sistema até a data de coleta do relatório, que se deu em 21 de Junho.

Outra possibilidade é a importação errônea do Prime para o e-SUS, de forma que só os novos casos de tuberculose fossem incluídos nos relatórios, sem considerar os casos que já estavam em andamento logo antes do e-SUS ser implementado.

5.2.2. Harmonia

Gráfico 11 - Distribuição dos usuários tratados na Harmonia, por microárea, em relação a incidência de tuberculose - 2019(n= 4)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

De acordo com a planilha de tratamento de tuberculose fornecida pela Farmácia, a Harmonia tem, hoje, 4 pessoas com tuberculose, que é condizente com o dado encontrado no

e-SUS, representado pelo gráfico acima.

A incidência de casos tuberculose na harmonia é: 4 casos / 3235 habitantes da área da = $0,001236 \times 100.000$ habitantes = 123,6 casos de tuberculose a cada 100.000 habitantes adscritos (0,12%).

O coeficiente de incidência de tuberculose no estado do Rio de Janeiro em 2018, a cada 100.000 habitantes, é de 66,3% e na cidade do Rio é de 89,9%. O Rio de Janeiro é o segundo estado com o maior coeficiente de incidência, ficando atrás apenas de Amazonas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Como o corte temporal desses dados é de 2018 e os dados do e-SUS são referentes a 2018 e/ou metade de 2019, não é possível comparar as incidências de forma fidedigna, mas os coeficientes de incidência de 0,12% (para a) e 0,17% (para todo o CSE) são extremamente baixos em relação aos dados oficiais do município (89,9%) e do Estado (66,3%).

Considerando a provável subnotificação dos casos no e-SUS, já que os dados da Farmácia mostram mais casos de usuários em tratamento de tuberculose, esses coeficientes de incidência devem ser maiores que os apresentados acima.

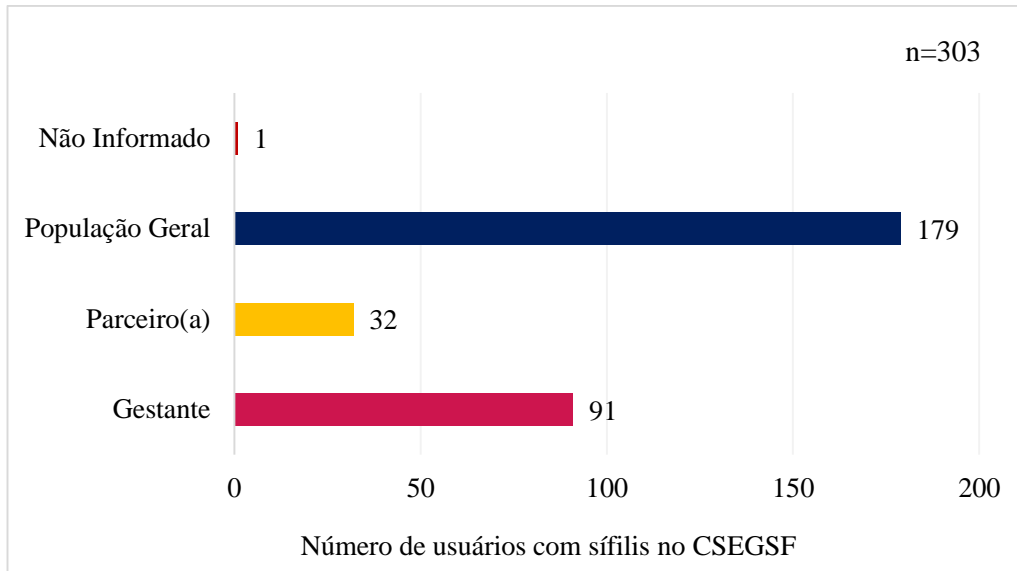
5.3. SÍFILIS

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, transmitida sexualmente (sífilis adquirida) e verticalmente durante a gestação (sífilis congênita). O agente causador é o *Treponema pallidum* responsável por diversos agravos, podendo afetar múltiplos sistemas. Embora o tratamento seja eficiente e disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde, permanece recorrente como um problema de saúde pública (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Para o tratamento para a sífilis primária, secundária ou latente recente (até 1 ano de duração), preconiza-se dose única de penicilina G benzatina (2,4 milhões de UI); já a latente tardia (mais de 1 ano de duração) ou ignorada e terciária trata-se com 3 doses (1 a cada semana) de penicilina G benzatina (2,4 milhões de UI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

5.3.1. Centro de Saúde

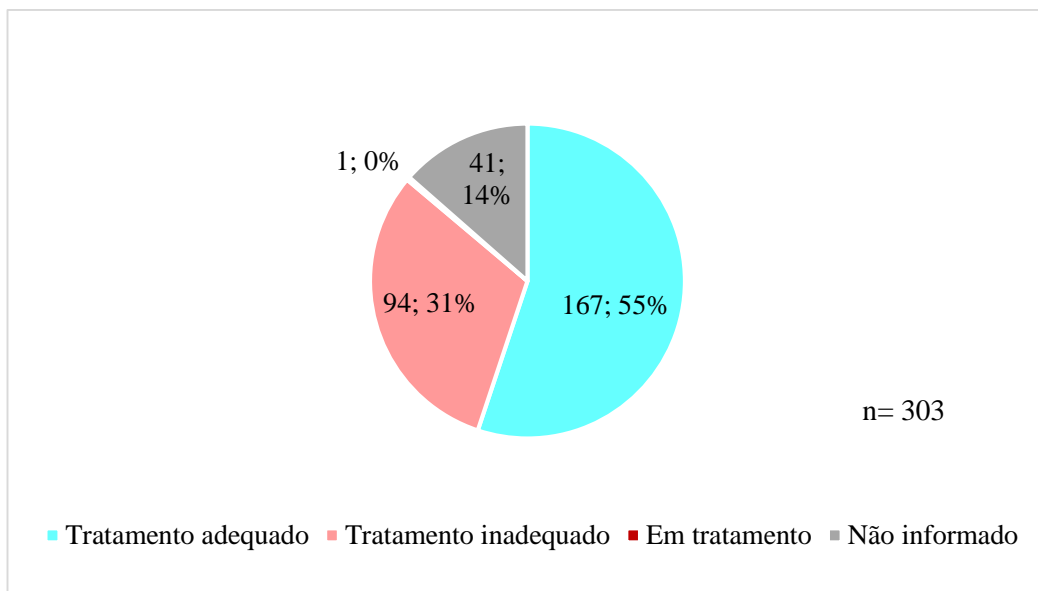
Gráfico 12 - Distribuição dos casos de Sífilis notificados de 01/2016 a 06/2019 no CSEGSF em relação à classificação do usuário



Fonte: elaboração própria a partir dos dados da planilha de notificação de sífilis do setor de vigilância epidemiológica/CSEGSF

A incidência dos casos notificados em todo o CSE é de $303/21075 \times 100.000 \text{ hab} = 1437$ casos a cada 100.000 hab adscritos (1,44%). Importante salientar que esses dados foram acumulados entre janeiro de 2016 e junho de 2019.

Gráfico 13 - Valores absolutos e relativos (%) dos casos de tratamento de sífilis no CSEGSF de 01/2016 a 06/2019



Fonte: elaboração própria a partir dos dados da planilha de notificação de sífilis do setor de vigilância

epidemiológica/CSEGSF

A maior parte dos usuários do CSE seguiu o tratamento adequado para o caso de sífilis. Parte dos que estavam constando sem informação sobre o tratamento (14% dos casos) ainda podem estar em tratamento ou este dado não foi preenchido. Apenas em 1 caso, a situação estava descrita como “em tratamento”.

O número de casos de sífilis adquirida é de 212 pessoas na área de abrangência do CSE. Logo, o cálculo da incidência fica em $212/21075 = 0,009556 \times 100.000 = 1006$ casos a cada 100.000 habitantes adscritos (1,01%).

De acordo com o Boletim Epidemiológico, a taxa de incidência de sífilis adquirida para o Estado do Rio de Janeiro no ano de 2017 é de 69,3/100.00 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Analisando os dados do CSEGSF de notificação de sífilis adquirida, apenas no ano de 2017, tem-se 3 usuários (todos da Harmonia). Então, a incidência em 2017 de sífilis no CSE e na foi de $3/21075 \times 100.000 = 14,23/100.000$ hab adscritos para o CSE e $3/3235 \times 100.000 = 92,73/100.000$ hab adscritos na Harmonia.

Logo, a sífilis adquirida no CSE é menor que a do Estado do Rio no ano de 2017, enquanto na Harmonia é maior. Isso sugere que as ações de prevenção contra sífilis adquirida devam ser intensificadas nos usuários da Harmonia.

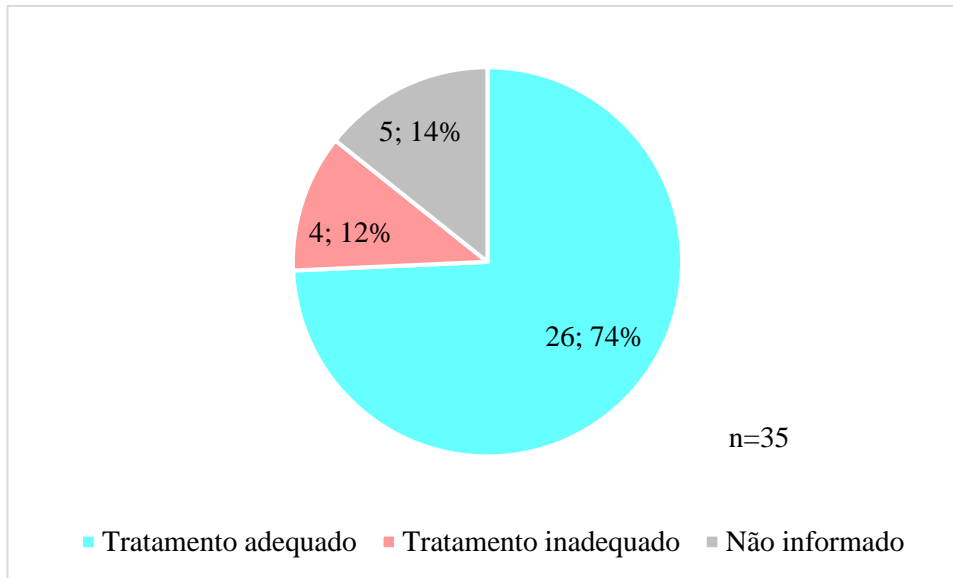
Noventa e uma (91) mulheres gestantes contraíram sífilis na área de abrangência do CSE. Isso significa que 30% dos casos de sífilis no CSE foram de gestantes.

O cálculo de incidência de sífilis gestacional se dá por número de casos/número de nascidos vivos x 1000 habitantes. Os dados analisados de sífilis são do período 2016 a 2019, assim o recorte temporal de nascidos vivos deve ser igual ao período de dados analisado. No entanto, não foi possível encontrar o número de nascidos vivos da população adscrita na nossa área para calcular a incidência.

De acordo com o Boletim Epidemiológico, a taxa de sífilis em gestantes foi de 35,6 para o Estado do Rio de Janeiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

5.3.2. Harmonia

Gráfico 14 - Valores absolutos e relativos (%) dos casos de tratamento de sífilis na Harmonia de 01/2016 a 06/2019(n=35)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados da planilha de notificação de sífilis do setor de vigilância epidemiológica/CSEGSF

Das 35 pessoas tratadas na , 22 são mulheres, sendo 14 (40%) delas gestantes e 8 não gestantes. Os homens somam 13 casos dentro da .

Mais da metade dos usuários da tiveram boa adesão ao tratamento, concluindo-o de forma adequada.

Alguns casos que estão como “não informados” parecem de usuários que ainda estão em tratamento. Isso se aplica tanto a nível de quanto a nível de CSEGSF. Apenas 1 caso está classificado como “em tratamento” em todo o CSEGSF. Portanto, esse número de pessoas em tratamento atualmente pode ser maior do que expressam os gráficos.

5.4. OUTRAS DOENÇAS, AGRAVOS E QUESTÕES DE SAÚDE QUE SEJAM RELEVANTES NA UNIDADE E NA

Em conversa com os membros da as arboviroses foram citadas como questões de saúde importantes durante esse período de construção do diagnóstico, o que levou ao detalhamento e análise de tais casos da unidade e da que seguem abaixo.

A saúde mental também aparece enquanto questão nos discursos da , porém não há uma sistematização dos casos que permitisse realizar qualquer análise. No relatório extraído do e-SUS essas condições aparecem como auto declaração do usuário se “teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde”. Os que respondem sim são apenas 96 pessoas (0,45% do total de cadastrados), 25,4% dizem que não e 74,1% não informam. Conclui-se que com esses dados também não seria possível tecer comentários ou

análises que fossem de fato fidedignas.

5.4.1. Arboviroses

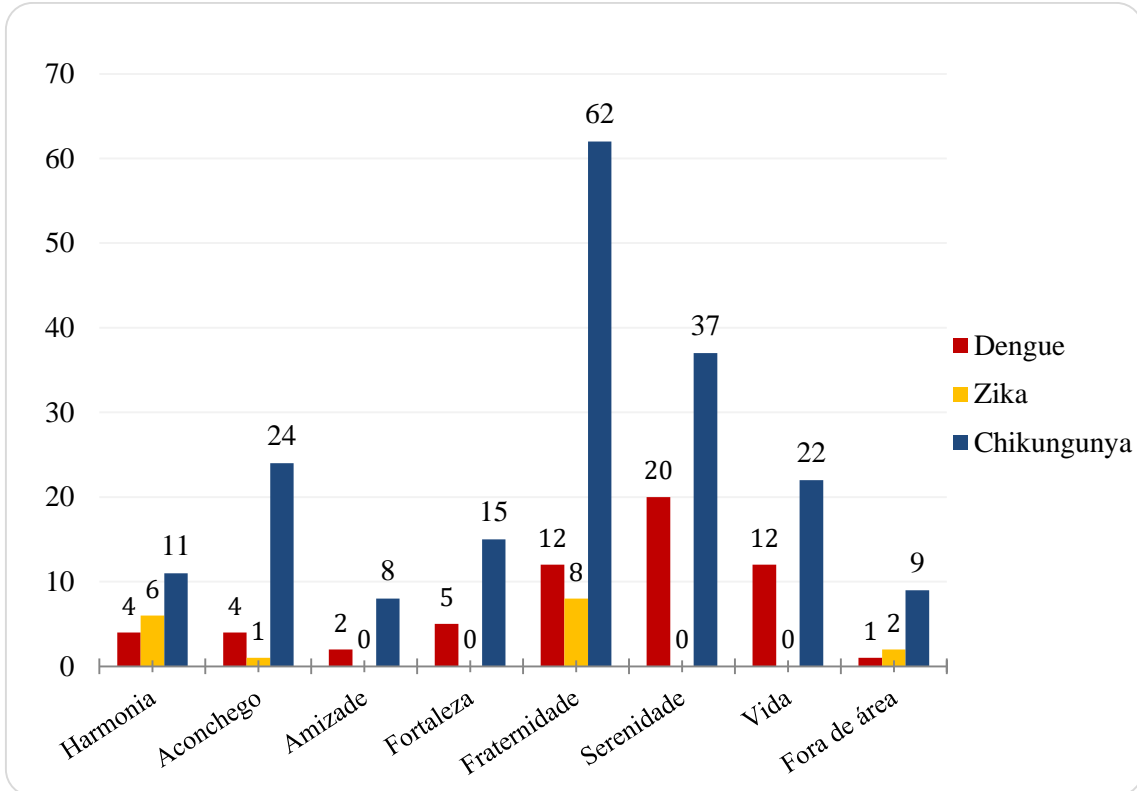
Os arbovírus são motivo de preocupação em saúde pública em todo o mundo (WEAVER; REISEN, 2010).

No cenário epidemiológico brasileiro, os arbovírus de ampla incidência são DENV, CHIKV e ZIKV (respectivamente vírus da Dengue, Chikungunya e Zika) colocar (DONALISIOI; FREITASII; ZUBENII, 2017). Os fatores apontados para o expressivo número de casos são a urbanização não planejada, precárias condições sanitárias, desabastecimento de água, bruscas mudanças climáticas, desmatamento, migração populacional e globalização (BRASIL, 2015).

Dengue, chikungunya e zika são doenças de notificação compulsória e estão presentes na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b).

5.4.1.1. Centro de Saúde

Gráfico 15 - Distribuição das notificações de arboviroses feitas pelo CSEGSF entre 11/01/2017 a 01/07/2019 (n=265)



Fonte:elaboração própria a partir dos dados da planilha de notificação de arboviroses do setor de vigilância epidemiológica/CSEGSF

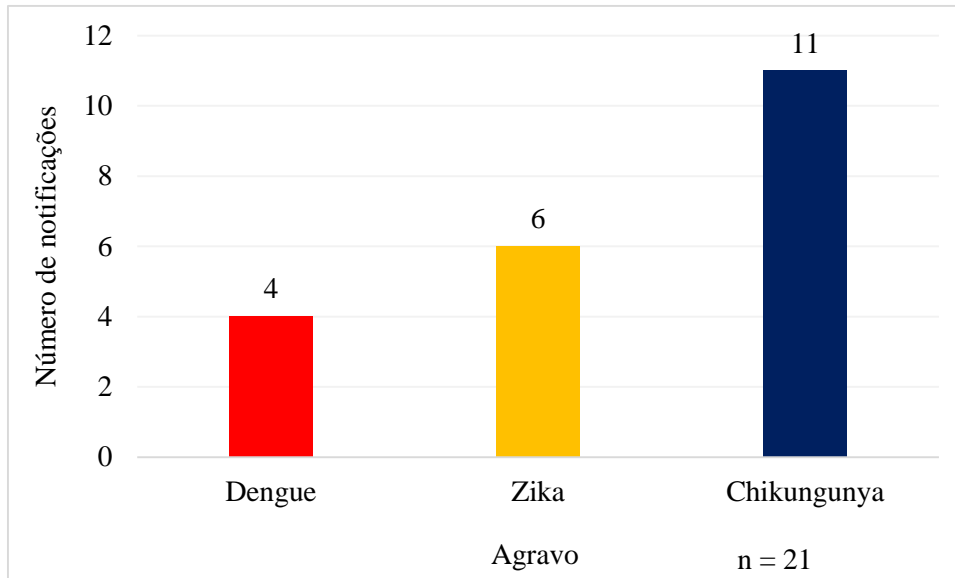
O período em que os dados foram coletados incluiu 3 verões, época com maior propensão de casos de arboviroses por conta das chuvas. Mesmo assim, o total de casos notificados foi de apenas 265 casos, com algumas s não notificando nenhum caso de zika durante todo esse período.

Utilizando apenas os casos das arboviroses entre 30/12/2018 a 23/03/2019, para fins de comparação, tem-se 6 casos de chickungunya, 1 de zica e 3 de dengue em todo os CSEGSF. As respectivas incidências ficam: 28,4 casos/100.000hab adscritos; 4,7/100.000hab adscritos; e 14,2 casos/100.000hab adscritos.

5.4.1.1. Harmonia

O gráfico abaixo traz as notificações dessas arboviroses, independente de exames de confirmação, notificadas pela Harmonia entre 11/01/2017 a 01/07/2019.

Gráfico 16 - Distribuição das notificações de arboviroses feitas pela Harmonia entre 11/01/2017 a 01/07/2019 (n= 21)



Fonte:elaboração própria a partir dos dados da planilha de notificação de arboviroses do setor de vigilância epidemiológica/CSEGSF

A incidência de arboviroses na Harmonia foi $21/3235 \times 100.000 \text{ hab} = 0,006491 \times 100.000 = 650$ casos de arboviroses a cada 100.000 habitantes adscritos no território da harmonia. Em termos de porcentagem, 0,65% da população adscrita ao território da harmonia teve algum caso de arbovirose.

Para fins de comparação com os dados oficiais, utilizando apenas os dados de casos do período entre 30/12/2018 a 23/03/2019, tem-se 1 caso de dengue e 2 casos de chickungunya na . Nenhum caso de zika foi registrado nesse período.

Portanto, a incidência de dengue na se dá por $1/3235 \times 100.000\text{hab} = 30,9$ casos/100.000hab adscritos. Para chickungunya, utilizando o mesmo raciocínio, a incidência é de 61,8 casos/100.000hab adscritos.

Os dados oficiais de dengue, zica e chickungunya, respectivamente, no Estado do Rio de Janeiro durante o mesmo período de tempo, são de 31 a 20,4/100.000hab, 4,7 a 0,7/100.000hab e 43,5 a 47,7/100.000hab (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b), sendo coeficientes menores que os da .

Já em relação ao CSE, as incidências de todas as três arboviroses foi inferior aos dados de incidência do Estado do Rio de Janeiro entre os anos 2018-2019. Isso indica que a população do CSEGSF no geral é menos vulnerável às arboviroses que a da Harmonia.

Os dados obtidos pelo setor de vigilância do CSE provavelmente são subnotificados, já que o período analisado (verão de 2018-2019) é propício a epidemias de arboviroses. Essa hipótese se reforça conhecendo características do território, onde há coleta irregular de lixo - que propicia o acúmulo de água, formando-se criadouros do mosquito (CASTRO, R., 2016).

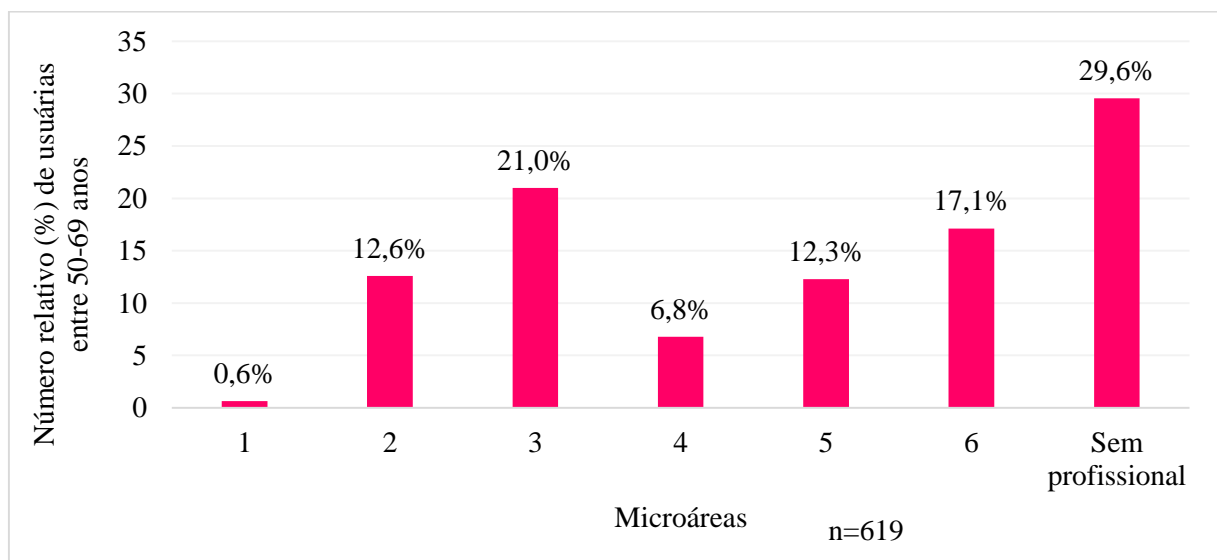
Ainda assim, a incidência foi alta, sugerindo que a população desse território está mais vulnerável a esses agravos do que a média geral do Estado e do CSEGSF.

5.5. MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO DA HARMONIA

O rastreamento do câncer de mama (aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer) é uma estratégia dirigida às mulheres com idade entre 50 e 69 anos, em que o balanço entre benefícios e riscos dessa prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018a).

Há um total de 619 mulheres nessa faixa etária de rastreamento (50 a 69 anos) em toda a . O gráfico abaixo elucida a distribuição dessas mulheres por microárea.

Gráfico 17 - Distribuição relativa (%) das mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas na Harmonia, por microárea - 2019(n=619)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

Ter 619 mulheres na faixa-etária de rastreamento do câncer de mama na significa que 34,56% das mulheres assistidas e 19,13% dos usuários adscritos na precisam realizar o autoexame e eventualmente consultas.

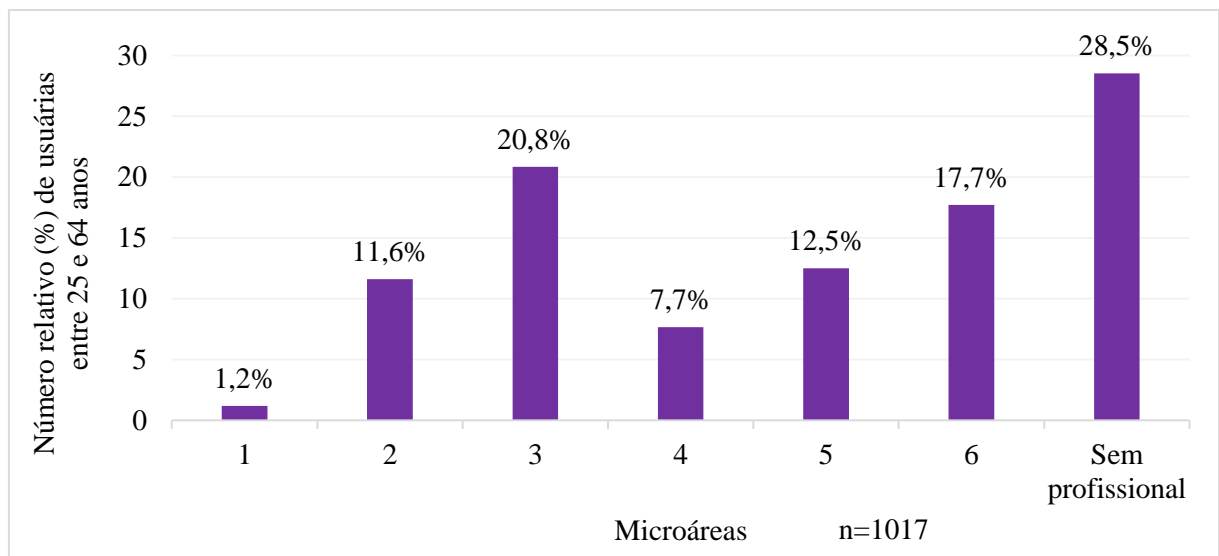
O método de rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil é o exame citopatológico (exame de Papanicolaou), que deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de

25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual (INCA, 2018b).

Isto porque, antes dos 25 anos, prevalecem as infecções por HPV e as lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos e, portanto, podem ser apenas acompanhadas conforme recomendações clínicas. E após os 65 anos, se os resultados anteriores forem normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido dada a sua lenta evolução (INCA, 2018b).

Há um total 1017 usuárias cadastradas na nossa nessa faixa-etária. O gráfico abaixo mostra a distribuição dessas usuárias por microárea.

Gráfico 18 - Distribuição relativa (%) das mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas na Harmonia, por microárea - 2019 (n=1017)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

Havendo 1017 mulheres na faixa-etária de rastreamento do câncer de colo de útero na significa que 56,78% das mulheres assistidas ou 31,44% dos usuários adscritos na precisam de exames de Papanicolaou pelo menos 1 vez ao ano; não havendo alterações após 2 exames consecutivos, a repetição dos exames se torna de 3 em 3 anos (INCA, 2018b).

5.6. GESTANTES: 15 A 49 ANOS; GESTANTES < 20 ANOS E > 20 ANOS

Quadro 10 - Distribuição do número de gestantes por microárea - 2019

Microárea	Gestantes < 20 anos	Gestantes > 20 anos	Total
1	0	2	2
2	3	5	8
3	2	3	5
4	0	11	11
5	0	2	2
6	1	7	8
Sem profissional cadastrado	0	0	0
Total	6	30	36

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

Gestantes com provável parto já realizado:

Microárea 02 - ALESSANDRA MAIAQUIAS DA SILVA SOUZA - 29 anos e 29 dias - DPP: 13/05/2019 (40 semanas IG); Hoje 01/07/2019 (47 semanas IG) - Parto provavelmente realizado

THAMIRIS GONÇALVES LEANDRO DE MATOS - 27 anos, 3 meses e 7 dias - DPP - 12/06/2019 (40 semanas IG); Hoje 01/07/2019 (42 semanas e 5 dias IG) - Parto provavelmente realizado

Microárea 03 - ALICE MICHELE DE JESUS DE OLIVEIRA - 16 anos, 4 meses e 19 dias - DPP: 04/01/2019 (40 semanas IG); Hoje 01/07/2019 (65 semanas e 4 dias IG) - Parto provavelmente realizado

Microárea 06 - FRANCISCA LINDENIA DA SILVA DIAS - 22 anos, 3 meses e - DPP: 15/10/2018 (40 semanas IG); Hoje 01/07/2019 (77 semanas IG) - Parto provavelmente realizado

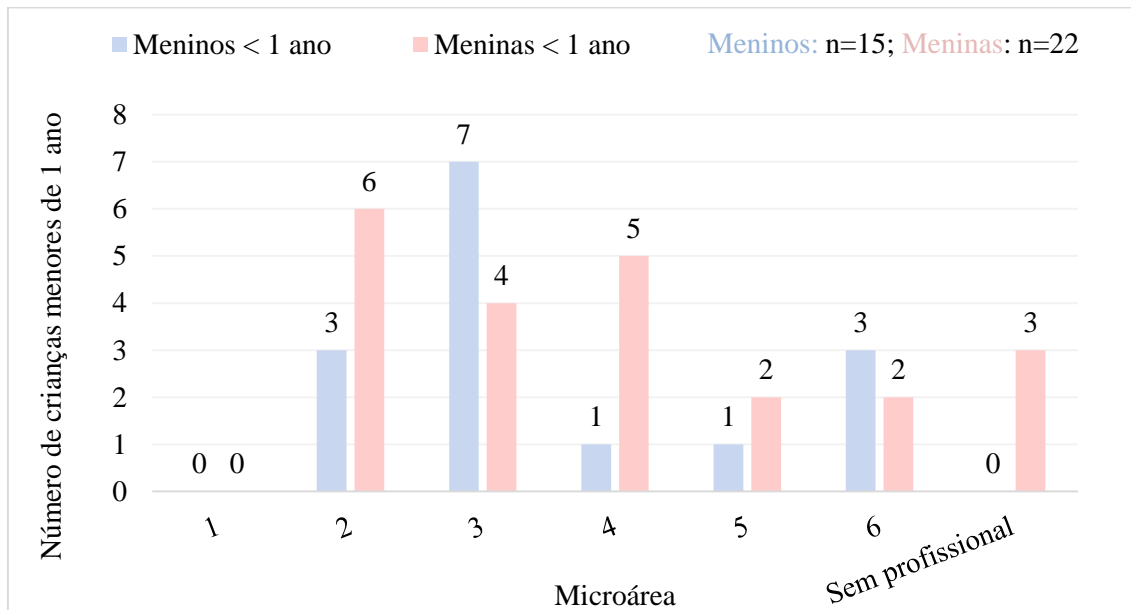
Dialogando com a , pôde-se concluir que esses dados não são fidedignos. Há muito menos gestantes do que indica os dados extraídos do e-SUS. Uma das hipóteses levantadas para essa discrepância é que a data da última menstruação, quando colocada no sistema pela médica, gera automaticamente uma gestação (provavelmente quando a data da última menstruação é superior a um mês). A outra hipótese seria erros na migração dos dados do Prime para o e-SUS.

Isso explicaria não só o número maior de gestantes, como também um tempo de gestação muito superior a 40 semanas. Mas outra hipótese para esse erro é a não alta na gestação após a mulher deixar de ser gestante.

5.7. CRIANÇAS < 1 ANO

No total, há 37 crianças menores de 1 ano cadastradas na , sendo 15 meninos e 22 meninas. Abaixo, o gráfico da distribuição dessas crianças por sexo e por microárea.

Gráfico 19 - Distribuição de crianças menores de 1 ano por sexo e microárea cadastradas na Harmonia - 2019(n= 37)



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do e-SUS

5.8. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DAS FAMÍLIAS

A Harmonia não faz classificação de risco das famílias, mas considera que as que recebem algum benefício social (como o bolsa família) são mais vulneráveis do que as que não recebem.

A maior parte dos usuários do CSE seguiu o tratamento adequado para o caso de sífilis. Parte dos que estavam constando sem informação sobre o tratamento (14% dos casos) ainda podem estar em tratamento ou este dado não foi preenchido. Apenas em 1 caso, a situação estava descrita como “em tratamento”.

Ao extrair os dados do e-SUS, percebeu-se que muitos dados estavam incompletos ou subnotificados. Um exemplo é a situação no mercado de trabalho dos usuários cadastrados, em que apenas 19% dos usuários tinham esses dados preenchidos.

Apesar de entender que o sistema é novo, que até o fim do ano passado trabalhava-se com o Prime e alguns dados foram exportados de forma incorreta, é importante que haja uma melhor alimentação dos dados por parte dos trabalhadores e que seja melhor explicitado como o sistema funciona. Assim, é possível diagnosticar o que é erro gerado pelo próprio sistema (por uma alimentação errônea, por exemplo) e o que é erro humano na alimentação dos dados (como não dar alta na condição do usuário, no prontuário).

A incompletude dos dados não se limitava aos extraídos no e-SUS: a planilha de arboviroses, cedida pelo setor de epidemiologia, também parecia estar defasada.

É interessante, portanto, que haja conscientização e estímulo à notificação de doenças de notificação compulsória, bem como um preenchimento mais completo dos prontuários eletrônicos, gerando assim maior qualidade de informação.

Quadro 11 - Síntese dos problemas encontrados

Síntese dos problemas encontrados	O que fazer?	Por que fazer?	Quem vai fazer?	Como fazer?
Excesso de lixo na CAH	Articular com outros setores para que haja um recolhimento do lixo mais frequente e maior disponibilidade de caçambas, evitando assim o acúmulo de resíduos no ponto de descarte; Ações de conscientização e cidadania junto com a comunidade, estimulando o despejo do lixo doméstico de forma adequada.	O excesso de lixo atrai moscas para aquele local, além de vetores de doenças (como roedores e <i>Aedes aegypti</i>), tornando-se um potencial problema para a saúde da população.	Nós residentes junto com a Harmonia e com a população da CAH	Promover reuniões na associação de moradores e no CSE sobre a situação do lixo, reforçando os malefícios para a saúde e bem-estar do lixo acumulado nas ruas. Estimular, assim, o exercício da cidadania, tanto em não jogar lixo fora das caçambas, como reivindicar aos órgãos competentes, com o nosso apoio, a coleta do lixo de forma mais eficaz.
Renovação da receita	Promover um grupo de saúde ampliada, promovendo ações em saúde, e também reavaliando os usuários para renovar a receita, mas que não se limite a isso	A demanda de usuários é crescente e se torna muito difícil para as s darem conta de todas as suas atribuições, de forma que os usuários que fazem uso de medicamentos de forma contínua acabam por não ter a consulta realizada na data certa e apenas a receita renovada.	Nós residentes junto com as s que muito renovam receitas e estejam interessadas em alterar esse processo de trabalho	Conversar com os médicos e enfermeiros de e articular melhores datas e selecionar pacientes para realizar esses grupos. Algumas s já trabalham dessa maneira, então seria interessante que participássemos acrescentando um olhar multiprofissional aos grupos existentes
Registro de informação no sistema	Educação permanente sobre as limitações que são encontradas no sistema, para ser notificado e melhorado; melhorar o registro de prontuário e de cadastro do paciente	Os dados estão defasados, com muitos dados não informados ou que não condizem com a realidade	Nós residentes, procurando articular com os funcionários do setor de tecnologia de informação de vigilância epidemiológica	Utilizando o espaço da reunião de para mostrar alguns dos dados que levantamos no diagnóstico, de forma a conscientizar sobre a importância de um preenchimento de dados mais completo
Relação fragilizada com a rede	Trabalhar de maneira conjunta com os equipamentos de outros setores; e	Há uma dificuldade em articular ações intersetoriais e predomina	Todos os profissionais envolvidos, tanto do	Fomentar a participação dos profissionais das s, sobretudo da Harmonia, no CGI para

intersetorial	estabelecer um contato com os articuladores e movimentos sociais do território de Manguinhos	uma lógica de encaminhamento para atendimento ambulatorial	CSEGSF quanto dos demais setores	potencializar as vozes territoriais e dar visibilidade aos equipamentos territoriais de Manguinhos
Ausência de ações voltadas para adolescentes	Conhecer melhor quem são esses adolescentes, que compõe em torno de 15% dos usuários adscritos; ver suas necessidades e planejar ações	Não há grupos voltados para essa faixa-etária e as ações territoriais geralmente não atingem esse público	Nós residentes junto com as s	Tentar acessar os grupos e movimentos sociais do território para chegar até os adolescentes; ir às escolas de ensino fundamental e médio da região, conversar com esses adolescentes que acessam a unidade (os motivos de acessarem, o perfil desses usuários, suas necessidades sociais etc)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência que o território sofre por parte dos agentes de segurança pública do Estado atravessaram diversas vezes a construção do diagnóstico, assim como os processos de trabalho de todos da , afetando o estado emocional e físico dos trabalhadores e, principalmente, impactando a vida dos moradores do território de Manguinhos.

Foram marcadas visitas para conhecer equipamentos, como o CRAS, CREAS, Casa Viva/Rede CCAP; entrevistas com moradores na comunidade; e por conta de confrontos armados no dia, essas atividades precisaram ser desmarcadas. Algumas não conseguiram ser reagendadas, o que gerou perda de informações importantes.

Inicialmente, a metodologia escolhida para a pesquisa de satisfação foi grupo focal. Os convites foram feitos e o local da atividade reservado. No dia, houve confronto e os usuários não conseguiram sair de casa. Apenas 3 conseguiram comparecer, tornando-se metodologicamente impossível realizar o grupo focal. Portanto, a metodologia seguida precisou ser entrevista com esses usuários e com outros coletados na sala de espera.

Outra dificuldade encontrada no processo de construção do trabalho foi o acesso às informações, desde o treinamento e cadastro dos residentes multiprofissionais no e-SUS (em 13/06), como também o acesso a todos os relatórios do sistema (21/06). Percebeu-se também que as solicitações dos residentes eram sempre adiadas ou negadas, mas que às mesmas solicitações, quando vindas do preceptor, eram prontamente atendidas, tanto no setor de tecnologia da informação (relatórios dos sistemas de informação) quanto no setor de vigilância epidemiológica (planilhas de sífilis e arboviroses).

Por fim, foi escassa a participação dos moradores do território e usuários do serviço na construção do trabalho. Isso se deu por falta de organização do grupo de residentes em relação a administração do tempo e de conseguir articular com os moradores; falta de apoio da Harmonia para facilitar essa articulação; e por conta dos conflitos armados no território.

REFERÊNCIAS

ABRAIN; FGV. **Análise das Necessidades Habitacionais e suas Tendências para os Próximos Dez Anos.** Disponível em: <https://www.abrainc.org.br/wp-content/uploads/2018/10/ANEHAB-Estudo-completo.pdf>. Acesso em 18 de julho de 2019.

ARAÚJO, Maria Silvia Muylaert de. **Cada família um lote-RJ.** In: O Enfrentamento da questão social: experiências municipais. 1989. p. 85-89.

AKERMAN, M; COSTA, I. de S. **Território e a saúde:** ações do setor saúde para a transformação da cidadania. In: CARVALHO, M. A. P.; PIVETTA, F. (Orgs.). *O território Integrado de Atenção à Saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes!* 1 ed. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

AVELLEIRA; BOTTINO. **Sífilis:** diagnóstico, tratamento e controle. Anais Brasileiros de Dermatologia. ;v.81,n.2:, p.111-26, 2006.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo.* 7. ed. São Paulo: Edições 70 São Paulo, 2011.

BIANCO, Mila Henriques Lo. **O PAC-Manguinhos: política urbana, usos e representações da cidade.** 2011.

BESSLER, S. **Perfil de Mídia Comunitária:** Fala Manguinhos! RioOnWatch, Relato das favelas cariocas, Rio de Janeiro 30/04/2018. Disponível em: <https://riononwatch.org.br/?p=32383#prettyPhoto>. Acesso em 18 de julho de 2019.

BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>. Acesso em 15 de julho de 2019.

BRASIL. **Brasil Livre da Tuberculose:** evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. Boletim Epidemiológico. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. v.50, n.9, 2019.

BRASIL. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL-A. **Sífilis 2018.** Boletim epidemiológico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, v.45, n.45, 2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **A circulação simultânea dos vírus da dengue, zika e chikungunya:** implicações para a vigilância e os serviços de saúde. Brasília, Ministério da Saúde. 2015.

CAP 3.1. **Território da AP 3.1.** Disponível em: <http://cap31.blogspot.com/p/demografia.html>. Acesso em 29 de junho de 2019.

CARDOSO, C. Entrevista. Rio de Janeiro, 12 abr. 2004. **Projeto História e Memória de**

Manguinhos, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. (Acervo DAD/COC).

CASTRO, R. **Habitação, saneamento básico e a proliferação de dengue, zika e chikungunya nas favelas**. Revista de Manguinhos, set 2016. Disponível em: <https://rededengue.fiocruz.br/noticias/524-habitacao-saneamento-basico-e-a-proliferacao-de-dengue-zika-e-chikungunya-nas-favelas>. Acesso em 22 de julho de 2019.

CENSO DOMICILIAR COMPLEXO DE MANGUINHOS. Março de 2010. Disponível em: http://arquivos.proderj.rj.gov.br/egprio_imagens/Uploads/MD.pdf. Acesso em 15 de julho de 2019.

CSE GERMANO SINVAL FARIA. **O CSEGSF**. Disponível em: <http://sms-cse-germanosinvalfaria.blogspot.com/p/o-csegsf.html>. Acesso em 20 de julho de 2019.

DATA RIO. **Índice de Desenvolvimento Social (IDS) por Áreas de Planejamento (AP), Regiões de Planejamento (RP), Regiões Administrativas (RA), Bairros e Favelas do Município do Rio de Janeiro - 2010**. Disponível em: <http://www.data.rio/datasets/%C3%ADndice-de-desenvolvimento-social-ids-por-%C3%A1reas-de-planejamento-ap-regi%C3%B5es-de-planejamento-rp-regi%C3%B5es-administrativas-ra-bairros-e-favelas-do-munic%C3%ADpio-do-rio-de-janeiro-2010>. Acesso em 21 de julho de 2019.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **E-SUS**. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>. Acesso em 24 de junho de 2019.

DONALISIO; FREITAS; ZUBEN. **Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública**. Revista de Saúde Pública. p. 1-6, 2017

DUTRA, R; CAVALCANTE, E. **Transporte público em Manguinhos - mão dupla entre o descaso e a insegurança**. Fala Manguinhos! Rio de Janeiro, 17/11/2017. Disponível em: <http://www.falamanguinhos.com.br/index.php/2017/11/17/transporte-publico-em-manguinhos-mao-dupla-entre-o-descaso-e-a-inseguranca/>. Acesso em 18 de julho de 2019.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO Sífilis: Adquirida Materna e Congênita N° 1/2018**. Secretaria de Estado de Saúde, Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=ZDn0IcaLuWs%3D> acesso em 15 de julho de 2019.

_____. **Atualização do Plano Diretor de Regionalização - 2012 / 2013**. Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzA0OQ%2C%2C> Acesso 15 de julho de 2019.

FALA MANGUINHOS! Rio de Janeiro, Agência de Comunicação Comunitária, 14ª edição. Disponível em: <http://www.falamanguinhos.com.br/wp-content/uploads/2017/02/Jornal-de-Manguinhos.pdf>. Acesso em 14 de julho de 2019.

FALA MANGUINHOS! Série Conheça Manguinhos - Projeto Às minas da bola, 17/02/2019. Disponível em: <http://www.falamanguinhos.com.br/index.php/2019/02/17/serie->

conheca-manguinhos-projeto-as-minas-da-bola/. Acesso em 21 de julho de 2019.

FERREIRA, Ana Lúcia; PEREIRA, Maria de Fátima Wakoff. **O Mapa Falante como Instrumento do Processo Ensino-Aprendizado do Aluno de Medicina: Relato de Experiência.** Revista de Pediatria SOPERJ - v. 14, no 1, 2013.

FERNANDES; COSTA. **Comunidades de Manguinhos e suas Trajetórias: de fazendas e manguezal a subúrbio e favelas.** In: Histórias de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, p. 91-184.

FERNANDES, T. M.; COSTA, R. G. R. **As comunidades de Manguinhos na história das favelas no Rio de Janeiro.** Tempo, v. 17, n. 34, p. 117-133, 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Portaria n. 319/2010-PR,2013. **Constituição da Coordenação do Programa Território Integrado de Atenção à Saúde – TEIAS-Escola Manguinhos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.**

FLOR; CAMPOS. **Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira:** evidências de um inquérito de base populacional. Revista Brasileira Epidemiologia. v.20, n.1: p.16-29, 2017..

GEO CAP 3.1. **Índice de Desenvolvimento Social - IDS 2010 por bairro na AP 3.1.** Disponível em: <http://geocap31.blogspot.com/2017/07/indice-de-desenvolvimento-social-ids.html>. Acesso em 20 de junho de 2019.

GERSON, Bl. **História das ruas do Rio:** e da sua liderança na história política do Brasil. 6 ed. Bem-Te-Vi, 2013.

GOMES, L. **Seminário debate violência e saúde em periferias urbanas.** Agência Fiocruz de Notícias, 05/07/2017. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/seminario-debate-violencia-e-saude-em-periferias-urbanas>. Acesso em 20 de julho de 2019.

HARVEY, David. **O direito à cidade.** Lutas Sociais, São Paulo, n.29, p.73-89, jul./dez. 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/272071/mod_resource/content/1/david-harvey%20direito%20a%20cidade%20.pdf. Acesso em 18 de julho de 2019.

IBGE divulga as estimativas de população dos municípios. Agência IBGE Notícias, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22374-ibge-divulga-as-estimativas-de-populacao-dos-municipios-para-2018>. Acesso em 16 de julho de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Deteção Precoce do Câncer de Mama.** 13 nov 2018a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/acoes-de-controle/deteccao-precoce>. Acesso em 28 de junho de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Deteção Precoce.** 25 out 2018b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-utero/acoes-de-controle/deteccao-precoce>. Acesso em 28 de junho de 2019.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Panorama dos Territórios: UPP'S de Manguinhos**, 02/2017. Disponível em: [http://portalgeo.rio.rj.gov.br/website/Output/UPP/Panoramas/1%20Panorama%20dos%20Territ+%C2%A6rios%20-%20UPPs%20Manguinhos.pdf](http://portalgeo.rio.rj.gov.br/website/Output/UPP/Panoramas/1%20Panorama%20dos%20Territ%C3%A9rios%20-%20UPPs%20Manguinhos.pdf). Acesso em 13 de julho de 2019.

_____. **Bairros Cariocas**. Disponível em: <http://pcrj.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=7fe1b0d463e34b3b9ca2fafd50c3df76>. Acesso em 29 de junho de 2019.

_____. **Índice de Desenvolvimento Social - IDS**: comparando as realidades micro urbanas da cidade do Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf. Acesso em 18 de julho de 2019.

LIMA, F. S. C. **Vila São Pedro - Mapa da História e Memória de Manguinhos**. Café, História e Filosofia, s.d. Disponível em: <http://www.cafehistoriaefilosofia.com.br/2018/01/vila-sao-pedro-mapa-da-historia-e.html>. Acesso em 13 de julho de 2019.

_____. **Comunidade Agrícola Higienópolis - Mapa da História e Memória de Manguinhos**. Café, História e Filosofia, s.d. Disponível em: <http://www.cafehistoriaefilosofia.com.br/2018/01/comunidade-agricola-de-higienopolis.html>. Acesso em 15 de julho de 2019.

MARGUTI, B. O. **Políticas de Habitação**. In: COSTA et al. (Org). A nova agenda urbana e o Brasil - Insumos para sua construção e desafios a sua implementação. Brasília: IPEA, 2018. P. 119-133.

SILVA, AFC et al. **A trajetória científica de Henrique da Rocha Lima e as relações Brasil-Alemanha (1901-1956)**. 2011. Tese de Doutorado

MALFATTI; ASSUNÇÃO. **Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família**: uma análise da frequência de acompanhamento pelas s de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 :1383-1388, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose**: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. *Boletim epidemiológico*, v.50, n.09, mar 2019a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>. Acesso em 20 de julho de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e Zika) até a Semana Epidemiológica 12 de 2019 e Levantamento Rápido de Índices para Aedes aegypti (LIRAA)**. *Boletim epidemiológico*, v.50, n.13, mar 2019b. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/30/2019-013-Monitoramento-dos-casos-de-arboviroses-urbanas-transmitidas-pelo-Aedes-publicacao.pdf>. Acesso em 20 de julho de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Diabetes Mellitus**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=394:diabetes-mellitus&Itemid=463. Acesso em 12 de julho de 2019.

ORNELAS, A. L.; TEIXEIRA, M. G. C. **Intersetorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 659-670, jul./set., 2015.

PERES et al. **Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos**. Ciência & Saúde Coletiva, 10; 757-769, 2005.

PODER JUDICIÁRIO ESTADO RIO DE JANEIRO. **Justiça Itinerante**. Disponível em: <http://www.tjrj.jus.br/web/guest/institucional/projetosespeciais/justicaitinerante>. Acesso em 22 de julho de 2019

RAMALHO, G. **Após quatro anos de queda, favelas voltam a crescer no Rio de Janeiro**. O Globo, 16/07/2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/apos-quatro-anos-de-queda-favelas-voltam-crescer-no-rio-de-janeiro-21596827>. Acesso em 29 de junho de 2019.

REDE INTERGERENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **Taxa de incidência para Dengue**. 2012. Disponível em: http://fichas.ripsa.org.br/2012/d-2-3/?l=pt_BR. Acesso em 12 de julho de 2019.

REIS, I. N. de C.; VIANNA, M. B. **Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria**. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 697-709, Sept. 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 de julho de 2019.

REIS, J.O. Notícia sobre o ParkWay Faria Timbó. Revista municipal de Engenharia. v.10. 1943 p. 95.

RIBEIRO, F. M. L. **Religião, prevenção à violência e recuperação e reabilitação de pessoas: um estudo em Manguinhos**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, p.157. 2014.

RIO COM SAÚDE. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs**. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/site/Conteudo/Vigilancia.aspx?Area=DCNTS>. Acesso em 03 de julho de 2019.

RONCO, A. LINHARES, SCB. **A evolução territorial na região de Manguinhos**. Cadernos UNISUAM de Pesquisa e Extensão, v. 2, n. 1, p. 50-62, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **O que é hipertensão**. 2017. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/informacoes.html>. Acesso em 10 de julho de 2019.

SOCIEDADE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Tuberculose no Estado do Rio Janeiro**. 2018. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/tuberculose-no-estado-do-rio-de-janeiro/>. Acesso em 20 de junho de 2019.

SILVA, Cátia Cristina Rodrigues da. **As (in)sustentabilidades presentes na produção social do espaço em Manguinhos- RJ**. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Departamento de Geografia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 127, 2012. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/21041/21041_3.PDF. Acesso em 23 de junho de 2019.

SOARES; ANDRADE; CAMPOS. **Epidemiologia e indicadores de saúde**. In: ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR (Org.). Bases da saúde coletiva. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap.10, p. 183-210.

SOUZA et al. **Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social**. Ciência & Saúde Coletiva. v.22, n.12, p.3945-3954, 2017.

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Guia de Referência Rápida - Hipertensão: manejo clínico da hipertensão em adultos**. Rio de Janeiro, 2013
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/25/2019-013-Monitoramento-dos-casos-de-arbovirose-publicacao-25-03-2019.pdf>. Acesso em 10 de julho de 2019.

TEIAS ESCOLA MANGUINHOS. **Quem somos**. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/quem-somos>. Acesso em 19 de julho de 2019.

_____. **Gestão Participativa**. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/gestao-participativa>. Acesso em 24 de julho de 2019.

TEIAS ESCOLA MANGUINHOS. Programa Bolsa Família. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/programa-bolsa-familia>. Acesso em 25 de julho de 2019.

VELOZO, F.S. **A promoção da Saúde com adolescentes do ensino fundamental ciclo II**. Dissertação. Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, Niterói, 2019.

VIGITEL BRASIL. **Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão**. 2017. 44 slides. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>. Acesso em 15 de julho de 2019.

WEAVER; REISEN. **Present and future arboviral threats**. Antiviral Research. v. 85, p.328–345, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166354209004951>. Acesso em 15 de julho de 2019.

ANEXOS

Anexo A – Material predominante na construção das casas, Complexo de Manguinhos 2010

Complexo de Manguinhos: Material predominante na construção da casa: (Pergunta 27) - Mar/2010

Material predominante	Valor absoluto	Percentual
Alvenaria	7416	76,0
Madeira	2001	20,5
Misto	215	2,2
Restos de material	10	0,1
Outras respostas	0	0,0
Subtotal	9642	98,8
Não sabe	118	1,2
Total*	9760	100,0

Fonte: Censo Domiciliar Complexo de Manguinhos, 2010

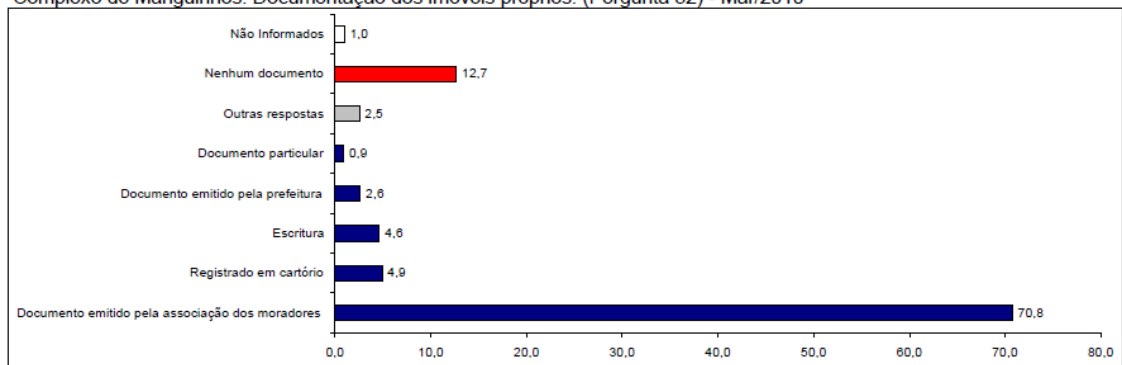
Anexo B – Situação do imóvel e documentação dos imóveis próprios, Complexo de Manguinhos 2010

Complexo de Manguinhos: Situação do imóvel: (Pergunta 31) - Mar/2010

Situação do imóvel	Valor absoluto	Percentual
Próprio (Já pago/quitado)	7244	74,2
Ocupado	1097	11,2
Alugado	845	8,7
Cedido	421	4,3
Próprio (Ainda pagando)	52	0,5
Outras respostas	43	0,4
Subtotal	9702	99,4
Não sabe	58	0,6
Total*	9760	100,0

Fonte: Censo Domiciliar Complexo de Manguinhos, 2010

Complexo de Manguinhos: Documentação dos imóveis próprios: (Pergunta 32) - Mar/2010



Fonte: Censo Domiciliar Complexo de Manguinhos, 2010

Anexo C – Destino do escoamento/esgotamento do banheiro ou sanitário, Complexo de Manguinhos 2010

Complexo de Manguinhos: Destino do escoamento / esgotamento desse banheiro ou sanitário: (Pergunta 36) - Mar/2010

Esgotamento sanitário	Valor absoluto	Percentual
Rede geral de esgoto	6554	67,9
Rio, lago ou mar	1539	15,9
Vala a céu aberto	422	4,4
Fossa rudimentar / Fossa negra	363	3,8
Rede pluvial	312	3,2
Fossa séptica	162	1,7
Outras respostas	0	0,0
Subtotal	9352	96,9
Não sabe	302	3,1
Total*	9654	100,0

Fonte: Censo Domiciliar Complexo de Manguinhos, 2010

Anexo D – Problemas nas casas declarado pelos moradores, Complexo de Manguinhos 2010

Complexo de Manguinhos: Poderia indicar quais os problemas que existem em sua casa? (Pergunta 43) - Mar/2010

Problemas	Sim		Não		NI	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Pouca iluminação natural	5884	60,3	3851	39,5	25	0,3
Pouca ventilação natural	5961	61,1	3769	38,6	30	0,3
Pouco espaço	6552	67,1	3175	32,5	33	0,3
Rachaduras	3381	34,6	6337	64,9	42	0,4
Goteira	4327	44,3	5393	55,3	40	0,4
Fundação, paredes ou chão úmidos	4477	45,9	5248	53,8	35	0,4
Risco de deslizamento / desabamento / desmoronamento	2049	21,0	7669	78,6	42	0,4
Inundação	2627	26,9	7092	72,7	41	0,4
Rua ou vizinhos barulhentos	3698	37,9	6032	61,8	30	0,3
Vandalismo	1948	20,0	7702	78,9	110	1,1
Outros problemas*	130	1,3	2498	25,6	7132	73,1

Legenda

Abs: Valor absoluto

NI: Não informados

Fonte: Censo Domiciliar Complexo de Manguinhos, 2010

Anexo E – Outras fontes de renda no último mês, Complexo de Manguinhos 2010

Complexo de Manguinhos: Fora o trabalho, teve outra fonte de renda no último mês? (Pergunta 55) - Mar/2010

Outra fonte de renda	Valor absoluto	Percentual
Bolsa família	884	3,3
Benefício previdenciário	242	0,9
Aluguel de casa ou de quarto	222	0,8
Pensão alimentícia	159	0,6
Seguro desemprego / FGTS	74	0,3
Cesta básica	29	0,1
Doação de igreja, entidades ou empresa	26	0,1
Doação de não morador (esmola)	19	0,1
Outras respostas	442	1,6
Subtotal	2097	7,7
Nenhuma fonte de renda extra	17220	63,6
Não se aplica	4586	16,9
Não sabe	37	0,1
Não Informados	3133	11,6
Total*	27073	100,0

Fonte: Censo Domiciliar Complexo de Manguinhos, 2010

Anexo F – Grau de ensino dos moradores do Complexo de Manguinhos 2010

Complexo de Manguinhos: Grau de ensino: (Pergunta 57) - Mar/2010

Grau de ensino	Valor absoluto	Percentual
Alfabetização	3165	11,7
Ensino fundamental	13506	49,9
Ensino médio	5348	19,8
Ensino superior	729	2,7
Profissionalizante	103	0,4
Subtotal	22851	84,4
Nenhum	1466	5,4
Não se aplica	1259	4,7
Não sabe	172	0,6
Não Informados	1325	4,9
Total*	27073	100,0

Fonte: Censo Domiciliar Complexo de Manguinhos, 2010

Anexo G – Certificado de Acreditação CSEGSF



Fonte: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

Anexo H – Grupos e ações de promoção da unidade

- Vida Saudável;
- De Bem com a Balança/Educação Nutricional Continuada;
- Laboratório Culinário de Manguinhos: com afeto e com sabor;
- Horta Comunitária;
- Acompanhamento do Bolsa Família;
- Puericultura;
- Vigilância em Saúde Infantil;
- Saúde da Gestante;
- Saúde da Mulher;
- Planejamento Familiar;
- Grupo Convivendo-DST/AIDS;
- Bazar da SolidariedAIDS;
- Grupo de Tratamento do Tabagismo;
- Grupos de Saúde Bucal (gestante, diabéticos, crianças, jovens e adultos);
- Atenção à Saúde do Idoso – Pasi;
- Grupo de Hipertensos;
- Grupo de Diabéticos;
- Oficina EcoArtesanal (parceria com DSSA);
- Oficina de Reedição de Folhetos;
- Laboratório Internet, Saúde e Sociedade – Laiss;
- Arteirinhas;
- Educação Física/Academia Carioca;
- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Atividades de integração com lazer entre profissionais, moradores de Manguinhos e população do Consultório na Rua (Museus, Circo, Praças, Corcovado e outros).

Anexo I – Roteiro da entrevista para percepção dos usuários acerca dos serviços

1. O que você acha dos serviços oferecidos pela unidade?
2. Quanto tempo em média você demora para ser atendido?
3. O motivo que lhe levou a vir a unidade foi resolvido após sair dela?
4. Quais são as dificuldades no atendimento? O que você acha que pode ser melhorado?
5. Há quanto tempo você frequenta o CSEGSF?
6. O que você acha da estrutura da unidade?

Anexo J – CSEGSF em 1968



Fonte: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

Anexo K – CSEGSF em 2004

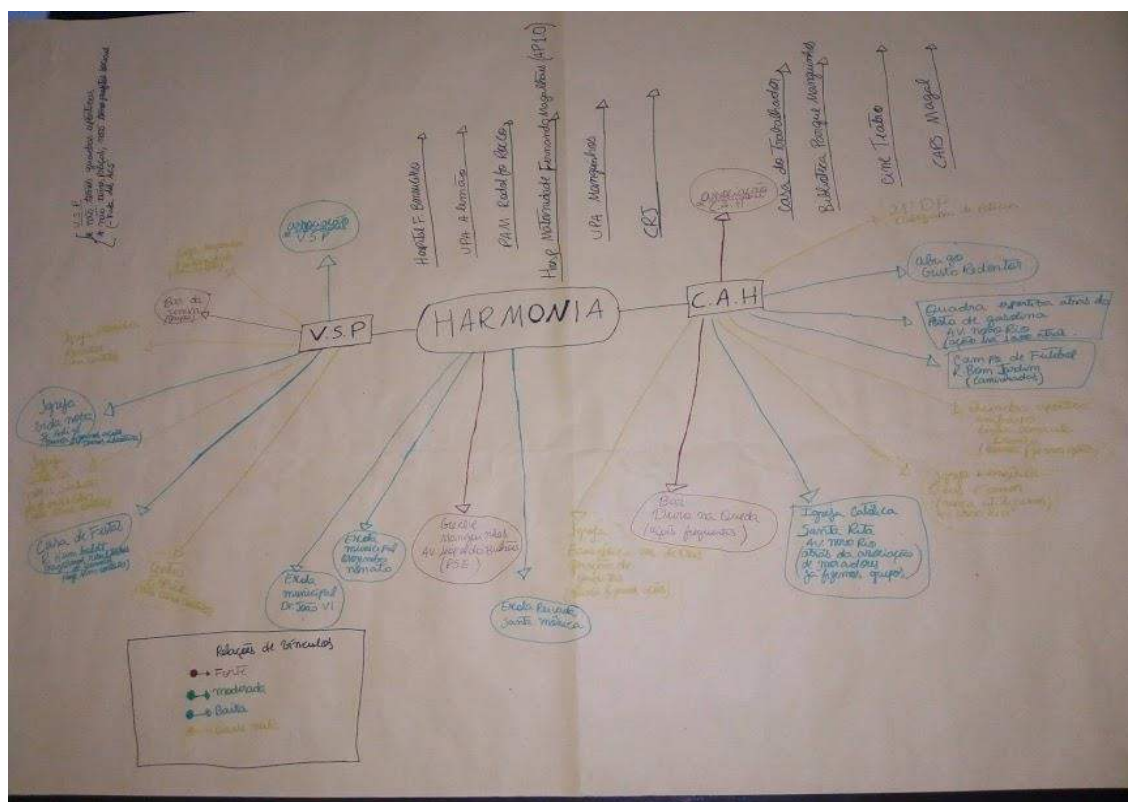


Fonte: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

Anexo L - Prêmio Sergio Arouca de Saúde e Cidadania - 2017. Projeto Social Ballet Manguinhos



Anexo M – Mapa dos fluxos das relações intra e intersetoriais da Harmonia



Fonte: própria

Anexo N – Roteiro de entrevistas realizadas com profissionais do CSEGSF

Entrevista Psicóloga NASF:

Como funciona o trajeto do usuário de saúde mental do CSEGSF para a Rede de Apoio Psicossocial - RAPS?

Quando o NASF chegou ao CSEGSF? Quais especialidades o NASF tem?

Quais equipamentos intersetoriais são acessados como apoiadores da rede de saúde mental?
Como você vê a rede de apoio hoje?

Entrevista Enfermeiro Harmonia:

Como é a lógica de atendimentos da Harmonia?

Como funciona a relação intrasetorial da Harmonia com os equipamentos de saúde dos outros níveis de atenção?

Entrevista Assistente Social / Nutricionista CSEGSF:

Como funciona o trabalho da sua categoria junto a eSF?

Os atendimentos são realizados por demandas espontâneas e demandas encaminhadas pelas s?

Os atendimentos são feitos mais ?

Realizam interconsultas, apoio matricial, VDs?

Acessam equipamentos da rede intersetorial? Se sim, qual é a relação com a rede de apoio?

Entrevista integrante da Comissão dos Agentes Comunitários de Saúde de Manguinhos - COMACS:

Conte-nos sobre a história da fundação da COMACS e qual trabalho realiza

Como é a relação da COMACS com o CSEGSF?

Existe apoio do CSEGSF para o trabalho da COMACS?

Entrevista Justiça Itinerante:

Qual a relação da Justiça Itinerante com a Fundação Oswaldo Cruz?

Qual população é atendida e quais serviços são oferecidos?

Entrevista Ballet Manguinhos:

Conte-nos sobre a história da fundação do Ballet Manguinhos e qual trabalho realiza

Qual é o perfil do público atendido?

Quais comunidades são atendidas pelo projeto?

Quais outros trabalhos o Ballet Manguinhos oferece além da dança?

Como é a relação do Ballet Manguinhos com a Fundação Oswaldo Cruz?

Entrevista Secretária Executiva do CGI:

Conte-nos sobre a história do CSEGSF

Conte-nos sobre a história das comunidades de Manguinhos

Qual relação do CSEGSF com o território de Manguinhos?

Quais são os equipamentos intersetoriais acessados pelo CSEGSF dentro e fora do território de Manguinhos?

Como é a relação com rede de apoio intersetorial?

Entrevista Conselheiro CGI:

O que é o CGI?
Quais objetivos?
E como ele tem funcionado hoje?

ANEXO D

Guia do Diagnóstico Situacional Participativo

Guia do Diagnóstico Situacional Participativo



2020

Sumário

Guia do Diagnóstico Situacional Participativo.....	3
1- Introdução	3
2- Diagnóstico Situacional Participativo	3
3- Método utilizado para fazer levantamento da realidade local	5
4- Atividades de aprendizagem propostas para o cenário de prática durante a II Unidade de Aprendizagem:	5
5- Ações importantes para a realização do diagnóstico.....	7
6- Roteiro do DSP para elaboração do documento	7
7- Proposta de plano de ação.....	9
TEXTO DE APOIO 1- PLANEJAMENTO EM SAÚDE	10
TEXTO DE APOIO 2- O QUE É PARTICIPAÇÃO	19
TEXTO DE APOIO 3 – TERRITÓRIO EM SAÚDE	31
Bibliografia	40

Guia do Diagnóstico Situacional Participativo

1- Introdução

Você está iniciando uma atividade desenvolvida no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP/Fiocruz e desenvolvida durante a II Unidade de Aprendizagem: Identificação de necessidades e potencialidades em saúde, que objetiva a construção de um **Diagnóstico Situacional Participativo** (DSP) da equipe no cenário de prática.

Esta proposta será construída pela equipe de residentes junto com a equipe da Estratégia de Saúde da Família do território que constituirá o cenário de prática. É uma atividade fundamental para o planejamento das ações na unidade de saúde. Envolve múltiplas operações, sentidos e percepções sobre o território e também será importante para os demais planejamentos pedagógicos do programa.

O DSP é uma primeira iniciativa pedagógica do programa para o planejamento de ações no território. Será complementado por outras atividades ao longo de todo curso até a confecção do TCR. Cada Unidade de Aprendizagem possibilitará revisar e acrescentar novos elementos para seu enriquecimento.

2- Diagnóstico Situacional Participativo

O **Diagnóstico** é uma das etapas iniciais do planejamento (leia o texto de apoio 1 de Brígida Gimenez Carvalho) e é uma ferramenta fundamental na estruturação da Atenção na Estratégia Saúde da Família em um determinado território de cuidado. Sua organização reúne um conjunto de informações das condições de saúde, perfil epidemiológico e os fatores geográficos, demográficos, políticos, econômico-sociais, culturais e institucionais que influenciam na saúde dos indivíduos e da comunidade.

O **Diagnóstico** serve para iniciar um projeto e possibilitar que um grupo social ou uma comunidade possa conhecer melhor sua realidade, identificar seus principais problemas, produzir análises e priorizar as atividades a serem desenvolvidas para melhorar a situação possibilitando a elaboração de um plano de ação.

O **DSP** deve captar, também, as potencialidades locais, ou seja, as vocações e as vantagens da localidade em relação a outros lugares. Porque são estas as potencialidades que devem ser dinamizadas para que a localidade, ou grupo, possa superar os problemas identificados.

Objetiva conhecer a população da área de abrangência identificando suas potencialidades e necessidades nos territórios de prática visando a elaboração de um conjunto de propostas de ações constituindo a base para que a equipe

possa programar as ações de saúde, fundamentar a elaboração do planejamento estratégico situacional e que permita desenvolver ações de saúde em relação aos problemas encontrados e, posteriormente, avaliar o impacto destas ações na situação de saúde.

Algumas categorias ou conceitos são fundamentais para a elaboração de um diagnóstico situacional participativo:

Realidade: Aquilo que condiz com o real, que é verdadeiro, que existe efetivamente, que é real e concreto. Compete conhecer os fenômenos e compreendê-los para ter alguma influência sobre a realidade. Essa compreensão será sempre uma aproximação.

Sujeito social: são as pessoas ou grupos que fazem parte da realidade de forma semelhante e que queremos conhecer. Estas pessoas ou grupos atuam nesta realidade e tem potencial para transformá-la;

Problema: é um obstáculo que queremos conhecer ou enfrentar. É um pedaço inaceitável, para nós, da realidade que percebemos;

Potencialidade: são as vocações, vantagens da realidade; capacidades dos sujeitos que, se dinamizadas, podem contribuir para superar os problemas.

Roteiro: orientações gerais

Os resultados devem ser sistematizados e entregues à coordenação da Unidade de Aprendizagem por escrito, sob a forma de um documento, que será o Diagnóstico Situacional. Este também será apresentado em forma de seminário.

Apresentação do Diagnóstico: Será realizada uma apresentação livre pela equipe de residentes, por cenário de prática, durante o dia 30/07/2020, de 9 às 17 horas. Cada equipe de residentes terá 30 minutos para sua apresentação, seguida de 20 minutos de debate. A apresentação oral pode ser livre, criativa, incluindo diversas metodologias, com ou sem o auxílio do power-point. O texto do DSP deverá ser entregue neste mesmo dia (30/07/2020). Este deverá ser composto por introdução, justificativa, objetivos, metodologia, resultados e discussão (constituídos pelo roteiro anexo), planejamento das ações e referências bibliográficas.

A seção sobre planejamento de ações deverá sistematizar os problemas, necessidades, potencialidades, atividades necessárias, participantes e indicadores de avaliação, uma vez que o Diagnóstico não se reduz a uma descrição, mas necessita incluir análises e propostas de ação. O número máximo é de 70 páginas, fora as referências bibliográficas.

Esta atividade configura uma das estratégias de avaliação somativa desta unidade.

3- Método utilizado para fazer levantamento da realidade local

Existem inúmeras possibilidades metodológicas para a elaboração do Diagnóstico. Esta variedade pode estar relacionada com o nível de participação dos atores envolvidos (leia o Texto de Apoio 2 - O que é participação, de Bordenave).

Estratégias de coleta de informações:

Pesquisa-ação, entrevista não estruturada (diálogo), entrevista semi-estruturada, mapeamento participativo, mapa falante, utilização de dados numéricos que possam ser apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

Este levantamento pode ser realizado com a participação das lideranças locais, dos trabalhadores das Clínicas da Família ou por qualquer outro integrante de um grupo definido, deve conter os principais problemas da localidade em todas as áreas (social, econômica, cultural, ambiental, físico-territorial e político-institucional).

4- Atividades de aprendizagem propostas para o cenário de prática durante a II Unidade de Aprendizagem:

- Conhecer as equipe e comunidades onde estão inseridos
- Integrar-se como mais um membro da equipe sob supervisão da equipe preceptora
- Conhecer o território e o processo de trabalho da equipe (identifique e acompanhe as reuniões de equipe, módulo, de categorias profissionais)
- Realizar observação participante
- Conhecer, analisar o mapa da área adstrita, identificando nele as características físicas, sociais e econômicas.
- Propor revisão do mapeamento do território quando pertinente.
- Realizar mapa de risco social (recolher os mapas anteriores e identificar informantes privilegiados que possam ajudar na reelaboração dos mapas)
- Participar de recadastramento.
- Realizar visitas domiciliares (sabemos que as visitas domiciliares estarão reduzidas devido à priorização dos grupos como gestantes, pessoas vivendo com HIV/AIDS, portadores de Tuberculose e Neoplasias, e outras condições crônicas onde seja percebido alto risco clínico. Portanto, os residentes precisam

se adequar a essa orientação da norma técnica para a realização das visitas e levantar as informações desse grupo prioritário).

- Identificar os sistemas de informações disponíveis e as ferramentas que a equipe/gerentes utilizam para monitoramento das informações. O sistema E-SUS não disponibiliza relatórios gerenciais sistematizados como fornecido anteriormente pelo Prime e Vita Care. Em algumas unidades foram necessários criar ferramentas paralelas como planilhas em Google drive para algumas linhas de cuidado, de forma que as equipes consigam monitorar as informações geradas.
- Colher informações com os informantes privilegiados (Anteriormente essa informação poderia ser colhida no espaço do Colegiado Gestor. Nesse momento, os residentes podem fazer contato telefônico com essas lideranças locais, evitando a circulação).
- Reconhecer as fontes de dados utilizados (Os gerentes das unidades e seus Responsáveis Técnicos médico e enfermeiro podem ajudar)
- Lançar as fichas A no sistema (ACS poderão contribuir)
- Utilizar as informações do SIAB (Verificar no E-SUS)
- Conhecer as funcionalidades do sistema E-SUS
- Extrair e analisar relatórios do diagnóstico da situação das famílias nas áreas (Verificar com o gerente/ACS se o E-SUS está gerando esse tipo de relatório da Ficha A).
- Participar das reuniões de equipe, de módulo e de categorias.
- Conhecer o sistema de regulação, processo de trabalho da gerência e infraestrutura das CAPs- Essa informação deve ser extraída com os RTs médicos das unidades.
- Conhecer as Unidades de saúde que dão suporte as clínicas da família- O gerente da unidade pode fazer essa articulação, apresentando a rede de serviços de saúde.
- Conhecer os serviços onde possam ser realizadas ações intersetoriais
- Confrontar o diagnóstico construído com a realidade dos serviços ofertados
- Criar protocolos/guia de referência para a equipe
- Acompanhar o acolhimento realizado pela equipe no processo de cuidado individual, coletivo e familiar
- Levantar demandas trazidas pela clientela, tentando resolvê-las com a ajuda da equipe ou encaminhá-las quando necessário
- Identificar anamnese e história clínica familiar e social
- Identificar a partir da anamnese a necessidade de interconsulta com outros profissionais
- Criar grupos de escuta a partir das demandas
- Identificar problemas comuns da clientela organizando a demanda para atividades coletivas
- Realizar reuniões com parceiros apresentando estudos das demandas
- Organizar o fluxo de referências e realizar atividades intersetoriais

5- Ações importantes para a realização do diagnóstico

- Observar, identificar, descrever e analisar as necessidades e potencialidades do território, de acordo com o roteiro abaixo
- Buscar informações de base geográfica da clínica, dos territórios, das áreas e micro-áreas.
- Identificar atores sociais importantes que possam contar a história local
- Buscar construir análises sobre a realidade econômica, social e cultural do território delimitado
- Identificar e mapear problemas e potencialidades existentes
- Elaborar mapa de risco social
- Identificar aliados e parceiros
- Identificar equipamentos territoriais existentes
- Identificar a rede de serviços de saúde da área
- Coletar dados epidemiológicos
- Analisar as informações indicadores e produzir comparações entre o esperado. Para alguns itens do diagnóstico, será útil a comparação com os parâmetros municipais, estaduais, federais ou outros disponíveis.
- Analisar os problemas identificados e produzir acordos sobre os resultados do diagnóstico; acho importante pedir o Accountability das unidades dos anos anteriores, tem muita informação que pode ser aproveitada, e o Seminário de Avaliação e Plano da Melhoria da Qualidade realizado em 2018 orientado pela SMS-RJ. Se debruçar sobre os indicadores do contrato de gestão.
- Identificar e priorizar os principais problemas junto com os demais integrantes da equipe/gerência e elaborar plano de ações com
- Elaborar proposições ou um plano de ação para enfrentamento dos problemas (veja sugestão de plano no item 7).
- Elaborar um texto com encadeamento lógico.

6- Roteiro do DSP para elaboração do documento

1. Introdução (2 pp)
2. Objetivos (1 pp)
3. Metodologia (2 pp)
4. Conhecendo o território (10-15 pp)
 - 4.1. Aspectos físicos
 - 4.1.1. Localização e características geográficas
 - 4.1.2. História da comunidade
 - 4.1.3. População
 - 4.1.4. Qualidade e tipos de habitações
 - 4.1.5. Mapa de risco do território
 - 4.2. Aspectos sociais e econômicos

- 4.2.1. Trabalho, renda e educação
- 4.2.2. Cultura, lazer e religião
- 4.2.3. Meios de transporte e rede de comunicação
- 4.2.4. Redes formais e informais de apoio social
- 4.2.5. IDS comparativo com outros bairros da cidade
- 5. Conhecendo a Clínica da Família (15-20 pp)
 - 5.1. Área de abrangência
 - 5.2. População adscrita: total, distribuição por faixa etária e por sexo
 - 5.3. Estrutura física, número de equipes e quadro de pessoal
 - 5.4. Atividades desenvolvidas (com descrição sucinta)
 - 5.5. Prevalência de HAS, diabetes, tuberculose e sífilis (quadro comparativo da CF com o município e o estado do RJ)
 - 5.6. Dados sobre outras doenças, agravos e questões de saúde que sejam relevantes na população da Clínica
 - 5.7. Ações de promoção e prevenção
 - 5.8. Percepção da comunidade acerca do serviço de saúde
- 6. Conhecendo a sua área, a equipe de SF e sua população (15-20 pp)
 - 6.1. Área de abrangência e população cadastrada
 - 6.2. Micro-áreas e suas principais características
 - 6.3. Composição da equipe
 - 6.4. Prevalência de HAS, diabetes, tuberculose e sífilis na área
 - 6.5. Dados sobre outras doenças, agravos e questões de saúde que sejam relevantes na população da área
 - 6.6. Mulheres na faixa etária de rastreamento do câncer de mama e colo de útero
 - 6.7. Gestantes: 15 a 49 anos; gestantes < 20 anos e > 20 anos
 - 6.8. Crianças < 1 ano
 - 6.9. Classificação de risco das famílias
 - 6.10. Mulheres na faixa etária de rastreamento do câncer de mama e colo de útero
 - 6.11. O processo de trabalho da equipe: (a) identificar como a equipe organiza o seu processo de trabalho (fluxos, reuniões, agenda, acolhimento etc) e (b) identificar documentos produzidos pela equipe (mapas, relatórios, atas de reuniões etc)
- 7. Redes de atenção (3-5pp)
 - 7.1. Rede intrasetorial e esquema da relação de vínculo com a CF
 - 7.2. Rede intersetorial, organizações sociais e esquema da relação de vínculo com a CF
- 8. Como a unidade organizou seu processo de trabalho frente a pandemia Covid-19
- 9. Resultados e Discussão
- 10. Quadro-síntese dos principais problemas encontrados: descrição dos problemas...
 - 10.1.** Necessidades e potencialidades? (3-5pp)

7- Proposta de plano de ação

Necessidades/ potencialidades	O que fazer?	Quem vai fazer?	Quando fazer?	Como fazer?

TEXTO DE APOIO 1- PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Brígida Gimenez Carvalho

O QUE É PLANEJAR

Planejar é a arte de elaborar o plano de um processo de mudança. Compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejados e nele preestabelecidos. Merhy define planejamento como “o modo de agir sobre algo de modo eficaz”.

No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

PLANEJAR E GERENCIAR

Gerenciar – função administrativa da mais alta importância – é o processo de tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados. Numa organização, o gerente se responsabiliza pelo uso efetivo e eficiente dos insumos, de forma a traduzi-los em produtos (serviços, por exemplo) que levam a organização a atingir os resultados que se esperam dela.

O planejamento é um processo que depende fundamentalmente de conhecer intimamente a situação atual de um sistema e definir aquela a que se pretende chegar. O plano, portanto, constitui-se no detalhamento do processo de mudança entre a situação atual e a desejada, sendo o gerente o responsável por executar essa tarefa.

É possível gerenciar sem planejar? Sim; em princípio, é aparentemente possível gerenciar sem planejar. Um gerente pode coordenar o trabalho de um sistema e manter a sua “homeostase”, isto é, obter um produto positivo em termos de uso eficiente dos insumos e recursos disponíveis para esse sistema, sem ter uma visão de como conduzir o sistema a um ponto mais alto de desenvolvimento. É como ter um motorista conduzindo bem um carro, obedecendo a todas as regras de trânsito e sabendo utilizar-se do potencial do carro, mas que não sabe para onde quer ir. Isto é, ele não tem plano; simplesmente administra o status quo. Não raro, encontramos no setor da saúde pessoas que fazem o papel de “gerentes eficientes”, mas cujo objetivo é “apagar incêndios” e “fazer a máquina funcionar”.

PENSAR ESTRATEGICAMENTE

A realidade muda muito e rapidamente, além de ser pouco previsível. Os planos, conseqüentemente, valem muito pouco, ou melhor, sua validade é limitada ao momento específico de sua coerência com a realidade. Por isso o processo de planejamento deve englobar a capacidade de produzir tantos planos quanto necessários quando a realidade muda. O planejamento é a ferramenta que nos possibilita alcançar um ponto desejado no futuro, atravessando um caminho desconhecido entre o presente e o momento almejado. Esse processo nos permite tornar concreto esse caminho, mediante a análise das nuances da atual situação, da avaliação dos recursos disponíveis, sejam políticos, econômicos ou cognitivos, e da nossa atitude em relação ao plano que os atores que dominam esses recursos fazem, seja de apoio, oposição ou indiferença. Essa análise deverá viabilizar o cálculo das ações mais adequadas para atingirmos nossos propósitos.

Certamente, sempre haverá distintas opções de agir no sentido de lograr nossos objetivos, porém algumas mais factíveis que outras, seja pela viabilidade de recursos, ou pela oportunidade de desenvolver a ação, ou pelo prazo em que os resultados serão obtidos. E é nesse sentido que se planeja, para “explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens”. Assim, devemos ter sempre em mente que toda a energia aplicada no planejamento do funcionamento dos serviços de saúde deve convergir para gerar resultados e não apenas produtos. Isto é, quando planejamos o funcionamento de uma unidade do sistema municipal de saúde, com programas de atendimento a grupos de risco específicos, por exemplo, o objetivo não é as consultas produzidas, mas, sim, o resultado que esses procedimentos terão sobre a saúde dos indivíduos e o impacto que as ações planejadas terão sobre os indicadores de saúde da população.

A INFORMAÇÃO COMO INSUMO PARA O PLANEJAMENTO

Só é possível planejar tendo conhecimento do sistema sob nosso comando e do contexto em que ele se insere. O sucesso do planejamento, ou seja, a efetividade dos resultados mantém relação direta com a qualidade das informações. Na saúde, as informações necessárias dizem respeito tanto à caracterização dos equipamentos – unidades de atendimento – como das pessoas que os utilizam. Dispõe-se de uma série de indicadores e técnicas que permitem estimar a quantidade de consultas, procedimentos, internações e exames demandados ao sistema de saúde por uma certa clientela e calcular a capacidade instalada necessária dos serviços para garantir aquele atendimento. Em relação aos serviços, permitem calcular a capacidade instalada atual. Esses dados dão suporte à análise da adequação do sistema às necessidades da clientela.

A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços. É de vital importância constituir dentro da Secretaria Municipal da Saúde um serviço de informações em saúde que sistematize dados demográficos, de morbidade e mortalidade, num grau de desagregação cuja análise alimente o processo de planejamento e tomada de decisões do gestor local.

MÉTODO ALTADIR DE PLANIFICAÇÃO POPULAR – MAPP

O MAPP se fundamenta nos mesmos princípios do PES e, pelas suas características operativas, constitui-se no método de eleição para planejamento no nível local, particularmente naqueles altamente descentralizados. É simples e criativo, elaborado com o objetivo de viabilizar a planificação a partir de uma base popular. Favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com a análise e enfrentamento de seus problemas em contraposição à atitude de geradores de demandas e de soluções. Porém, deve ser encarado como um método limitado à natureza e complexidade dos problemas.

Dessa forma, aplica-se à solução daqueles limitados ao espaço mais restrito do nível local assim como daqueles que não se constituam numa rede de relações muito complexas. É, portanto, um método bastante coerente com os princípios do SUS e o recomendamos como instrumento para a elaboração do planejamento de unidades básicas de saúde.

CONCEITOS BÁSICOS EM PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Situação e Diagnóstico Situacional

De acordo com Carlos Matus situação expressa a condição a partir da qual os indivíduos ou grupos interpretam e explicam a realidade. De acordo com essa percepção, a análise da situação existente não é consensual entre os diferentes grupos e indivíduos que a analisam. Ou seja, na perspectiva daquele que está planejando, sua interpretação da realidade é apenas uma das possibilidades de analisar a situação. Outra pessoa ou outro grupo pode analisar a mesma realidade e interpretá-la de outra forma, já que ele “enxergará” aquela situação de acordo com sua inserção social, seus valores, sua forma de ver o mundo, ou ainda, em se tratando da área da saúde, de sua concepção sobre o que é saúde, doença, modelo assistencial, sistema de saúde, etc.

Nessa perspectiva, um diagnóstico sobre algo, por exemplo sobre o sistema de saúde de um município ou de uma região, não é único e sim múltiplo, pois o diagnóstico situacional depende de quem explica, para que explica, a partir de qual posição explica e em face de quais outros explica. Conclui-se, portanto, que não existe um único diagnóstico ou uma única verdade e, além disso, a explicação da realidade por uma pessoa ou grupo é sempre parcial e dinâmica pois a vivência de quem procura explicá-la traz novos ingredientes que lhe mostra permanentemente novas faces dessa realidade.

Estratégia, Planejamento Tradicional e Planejamento Estratégico

Estratégia pode ser compreendida como uma forma de se antecipar aos possíveis obstáculos que surgirão quando se pretende passar da situação existente para a desejada. Para avançar na situação desejada, ou seja, para alcançar o que se pretende, é como se participássemos de um jogo e para vencer as dificuldades precisamos analisar como pensam os outros participantes do jogo, o que farão, quais conflitos poderão ocorrer durante o jogo, como devo me comportar diante desses possíveis conflitos para continuar na direção correta e assim por diante. Um bom estrategista consegue analisar adequadamente os possíveis cenários futuros e se preparar – ter planos – para cada um deles. Não foi por outro motivo que o termo estratégia se originou do grego *estratego*, utilizado pelos generais gregos no planejamento das guerras do passado. O *general A* tinha um plano a ser executado caso sofresse um ataque frontal do *general B*. Tinha, no entanto, outros planos caso o ataque sofrido se desse pelos flancos, ou ainda caso o inimigo utilizasse outras formas de ataque e assim por diante.

Quando o planejador utiliza adequadamente a estratégia para viabilizar seu plano de ação, para alcançar seus objetivos, ele está realizando um planejamento estratégico. Ou seja, ele considera que no ato de planejar não existe uma única interpretação da realidade, existe a sua explicação e a explicação do outro, e que ele interage com outros atores que podem ter outros planos e outros objetivos que podem conflitar com seus planos e objetivos. Precisa ter, portanto, estratégias adequadas para avançar na direção desejada.

O planejamento tradicional, por outro lado, considera possível existir um conhecimento único e objetivo da realidade. Ao invés de elaborar diagnóstico situacional trabalha com diagnósticos normativos, definidos, e desconsidera ou procura anular os outros atores que possam eventualmente interagir e influenciar na sua intenção de transposição da situação existente para a situação desejada. Esse tipo de planejamento privilegia cálculos técnicos precisos e controle do sistema onde se dá o planejamento.

Conceito de Ator Social

Utilizando definição de Carlos Matus, ator social pode ser um grupo de pessoas ou até uma única personalidade, que, agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Um ator social, para se configurar como tal, deve ter três características: (1) um projeto para intervir na realidade que deseja mudar; (2) capacidade de mobilizar recursos, motivar pessoas, para levar a frente um plano de mudança e (3) ter algum grau de organização, ou seja, os componentes do grupo devem estar identificados, ter identidade, com o propósito de mudança.

Conceito de Problema

Problema pode ser considerado um obstáculo que dificulta a mudança da situação existente para a situação desejada. Ou seja, problema é o que impede o ator de atingir seus objetivos, que é mudar a realidade. Como comentamos anteriormente a realidade não é percebida igualmente por todos e, portanto, os problemas variam na perspectiva de quem os identifica. O que é problema para uns pode não ser para outros. As vezes até, pelo contrário, problema para um ator social pode ser oportunidade para outro. Temos um exemplo clássico que ilustra essa situação: O não-cumprimento de horário pelos médicos é um problema para o gerente e não para os médicos que não cumprem. A instituição de controle eletrônico pode ser uma solução para o gerente mas passa a ser um problema para esses médicos.

Os problemas podem ser simples ou complexos, de difícil ou fácil solução e costumam ter duas formas de classificação:

(a) Quanto à complexidade:

Problemas estruturados: são mais simples em virtude de terem causas conhecidas e soluções geralmente consensuais;

Problemas quase-estruturados: são mais complexos, geralmente tem muitas causas (multicausais) nem sempre fáceis de serem todas identificadas, e nem sempre tem propostas consensuais para sua solução.

(b) Quanto a posição na organização:

Problemas intermediários: são os vividos no cotidiano da organização e que causam interferência na qualidade final dos produtos ou dos serviços prestados;

Problemas finais (ou terminais): são os vividos diretamente pelos clientes ou usuários da organização.

Em nossa complexa realidade os problemas geralmente são mais complexos (quase-estruturados) e o planejamento que se orienta por problemas deve preferencialmente trabalhar com problemas finais, já que nossa finalidade última é superar as dificuldades dos usuários e não apenas da organização.

PASSOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO BASEADO NO MAPP

Passo 1 – Definir quem vai planejar

A proposta é que os membros da equipe de trabalho sejam atores ativos no processo de elaboração do planejamento.

Recomenda-se que o processo de planejamento seja desenvolvido em oficinas de trabalho, reunindo funcionários da unidade, membros da comunidade, lideranças e monitores da Secretaria da Saúde. As oficinas constituem-se num fórum pedagógico de trabalho cujo objetivo é favorecer a construção coletiva a partir da apreensão de conceitos e técnicas.

Passo 2 – Identificação e Seleção dos Problemas a serem superados

Feita mediante a avaliação dos resultados insatisfatórios que se observam na realidade. Esses são percebidos a partir do não-cumprimento ou divergência em relação a normas ou padrões considerados válidos pelo senso comum e que são passíveis de intervenção no sentido de sua modificação, no âmbito de ação do ator. Porém, para que a identificação das divergências seja considerada um problema, é necessário descrevê-lo; caso contrário, segundo o próprio autor do método, não passará de um incômodo impreciso e sujeito a mais de uma interpretação.

Os problemas selecionados deverão, em seguida, ser ordenados segundo a importância que representam para o ator e a prioridade que se atribui à sua solução.

Para fazer a seleção dos problemas é necessário que se conheça a realidade local – características sociais, demográficas, epidemiológicas e culturais da população residente; características do território em relação aos recursos sociais e de saúde, infra-estrutura urbana; relações de poder econômico e político.

Feita a análise da situação, o gestor local se dará conta de algumas situações que causam incômodo à comunidade ou aos técnicos da Secretaria da Saúde ou a ambos. Esses incômodos deverão ser processados, como se explica nos próximos passos, para que se possa analisar o quanto são importantes e a capacidade de enfrentamento de que se dispõe.

Passo 3 – Descrição do Problema

Expressa os sintomas do problema, não devendo ser confundido com suas causas ou conseqüências. Para tanto deve-se elencar um conjunto de descritores (d1, d2, d3, dn). Entende-se por descritor o fato ou afirmação necessária e suficiente para descrever o problema.

Cada incômodo identificado no passo anterior deve ser declarado e descrito. A declaração corresponde ao enunciado do problema, que deve ser claro e objetivo. Por exemplo, na comunidade da hipotética *Cidade das Violetas*, a ERP evidenciou no território do Distrito Norte o seguinte problema: *ausência de medidas de prevenção a doenças e de promoção à saúde para a população infantil do Distrito Norte*. Os descritores do problema enunciado foram os seguintes:

d1: 40% das crianças são internadas mais de uma vez ao ano por doenças agudas infecto-contagiosas, enquanto o padrão do município é de 5%;

d2: inexistência de UBS – Unidade Básica de Saúde – no Distrito Norte, enquanto a OMS recomenda uma unidade de atenção primária para cada 20.000 a 30.000 habitantes.

Observe que os descritores são objetivos e mensuráveis, e demonstram a magnitude do problema. Também possibilitam avaliar o impacto do planejamento – medir os resultados alcançados.

Passo 4 – Explicação do Problema:

A árvore de problemas deve ser desenhada de maneira clara, sintética e precisa, a partir da identificação das causas do problema e da forma como estão relacionadas entre si. A árvore será construída a partir das respostas à seguinte pergunta: qual é o motivo que origina o fato descrito em d1? Essa pergunta deve ser feita para cada um dos descritores do problema. O passo seguinte é encontrar a causa da causa e assim sucessivamente, até que o grupo de trabalho se sinta satisfeito com a explicação. A mesma seqüência deve ser seguida para os outros descritores.

Passo 4 – Desenho da Situação Objetivo

Neste momento, deve-se discutir os objetivos que podem ser alcançados e a forma de torná-los viáveis. Para tanto é necessário avaliar o prazo de maturação do plano, identificar as operações capazes de produzir a mudança desejada, dimensionar o alcance e a natureza dessas operações. Desta forma é necessário refletir bastante sobre algumas variáveis importantes, tais como: o tempo em que se pretende alcançar esses objetivos; os recursos necessários para tanto; a análise do impacto que cada operação irá gerar sobre os descritores do problema; e, por fim, comparar a situação inicial com aquela que se desenhou como desejada, de modo a ajustar as operações para atingir as metas ou, concluindo pela

impossibilidade de potencializar o impacto delas, reduzir as metas para que sejam possíveis de realizar.

Passo 5 – Seleção dos nós críticos

A seleção de nós críticos consiste em identificar entre as causas que explicam o problema aquelas que, quando modificadas, terão impacto direto sobre o problema final. Portanto, nós críticos podem ser compreendidos como os problemas intermediários que precisam ser enfrentados para modificar a situação existente. Devem estar dentro da governabilidade de quem planeja.

Passo 6 – Desenhos das operações e demandas de operações

Uma operação compreende um conjunto de ações destinadas a alterar um ou vários nós críticos do problema. Toda a operação depende de ações, que estão na área de governabilidade do ator, serem factíveis e coerentes com a realidade. Devem ser capazes de gerar um produto que origina um resultado, mediante a utilização dos chamados “recursos escassos” (poder, conhecimento, recursos econômicos, capacidade organizativa).

Cada operação deverá ter um responsável por sua execução e estabelecido o prazo para que a mesma seja realizada. O responsável por cada operação deve se responsabilizar por desencadear as ações e atividades pertinentes, mas também deve demandar a cooperação dos outros atores e denunciar se ela não se efetivar.

Sugere-se a utilização de uma planilha (modelo abaixo) para facilitar a visualização do planejamento realizado.

Causa (NC)	Operações	Demandas	Responsável	Prazo

ESTE TEXTO FOI PRODUZIDO A PARTIR DAS SEGUINTE REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

SILVA, Silvio Fernandes. Planejamento – Ferramenta para ajudar a construir o pacto. Documento produzido para o projeto de qualificação dos gestores da 17ª RS – Londrina. Agosto de 2006.

TANCREDI, Francisco Bernadini. Planejamento em Saúde, vol 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

OUTRAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS CONSULTADAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do distrito sanitário – Projeto GERUS. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1995.

SILVA, Silvio Fernandes. Planejamento em Unidades Básicas de Saúde - Noções de Planejamento, Estratégia e Modelo Assistencial. Rev. Espaço para a Saúde. Londrina, v. 1, n. 2. p. 65-74. jun. 2000.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: Metodologia e Organização. In: Mendes Eugênio Vilaça (org). Distrito Sanitário – O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1993. p. 237-66.

Campos, F. C. C. et all. Planejamento e avaliação das ações em saúde. - 2º edição - Belo Horizonte: Beacon/UFMG. Coopmed, 2010. 114p.

TEXTO DE APOIO 2- O QUE É PARTICIPAÇÃO

Copyright © Juan E. Diaz Bordenave

Capa e ilustrações:

Miguel Paiva

Revisão:

Luiz R. S. Malta

Rosângela M. Dolis

ISBN: 85-11-01095-5

1ª edição 1983



editora brasiliense s.a.

rua da consolação, 2697

01416 - são paulo - sp.

fone (011) 280-1222

telex: 11 33271 DBLM BR

ÍNDICE

– Queremos participar	7
– Necessidade humana universal.....	10
– Participação <i>versus</i> marginalização	18
– As diversas maneiras de participar	27
– Condicionamentos da participação	37
– As forças atuantes na dinâmica participativa	46
– As ferramentas operativas	63
– Alguns “princípios” da participação	76
– Indicações para leitura	82



"Talvez o ser humano não seja somente o ser social, como alguns sociólogos nos querem fazer crer, mas seja também estar ativamente trabalhando contra essas forças sociais que querem reduzir nossa vida social a um mínimo. Talvez não fôssemos humanos se esta tarefa pudesse ser feita de uma só vez. É, precisamente, a necessidade permanente de lutar que dá à vida humana um significado perene."

JOHAN GALTUNG

"Porque onde dois ou três estão juntos em meu nome, eu estou ali com eles."

JESUS DE NAZARÉ

*A meus compatriotas
que desejam participar,
como eu desejo,
da construção
de um Paraguai
democrático.*

J.E.D.B.

QUEREMOS PARTICIPAR

Que o interesse por participar tem se generalizado nos últimos anos, no Brasil e no mundo todo, não resta a menor dúvida. Aqui e acolá surgem associações as mais diversas: amigos de bairro, movimentos ecológicos, associações de moradores, comunidades eclesiais de base, e outras.

É como se a civilização moderna, com seus enormes complexos industriais e empresariais e com seus meios eletrônicos de comunicação massiva, tivesse levado os homens primeiro a um individualismo massificador e atomizador e, mais tarde, como reação defensiva frente à alienação crescente, os levasse cada vez mais à participação coletiva.

Houve um tempo em que o triunfalismo dos regimes totalitários convenceu alguns filósofos sociais de que os homens tinham medo à liberdade e por isso trocavam facilmente sua autonomia pela

segurança do autoritarismo. Tais filósofos, no entanto, ficariam certamente surpresos ao ver os poderosos movimentos populares que hoje se levantam no mundo inteiro contra os regimes que negam ao povo o direito de participar.

Neste sentido, está sobejamente comprovado que o maior erro das ditaduras é pensar que toda a população se sente aliviada por não ter de tomar decisões, preferindo transferi-las ao governo.

Poder haver gente assim. Mas a maioria prefere a democracia. E para um crescente número de pessoas, democracia não é apenas um método de governo onde existem eleições. Para elas democracia é um estado de espírito e um modo de relacionamento entre as pessoas. Democracia é um estado de participação.

O uso freqüente da palavra *participação* também revela a aspiração de setores cada dia mais numerosos da população a assumirem o controle do próprio destino. As rádios convidam os ouvintes a "participarem" de sua programação telefonando, escrevendo, solicitando discos; os partidos políticos conclamam a população a participar; o vertiginoso crescimento do associativismo nesta década parece indicar que estamos entrando na *era da participação*.

No entanto, esse interesse pela participação não parece estar acompanhado de um conhecimento generalizado do que ela é, de seus graus e níveis, de suas condições, sua dinâmica e suas ferramentas

operativas. A escassez de literatura sobre o tema revela até que ponto a participação é um assunto novo e o quanto a nossa sociedade tem sido pouco participativa.

Há uma necessidade não satisfeita de saber em que consiste a participação na construção de uma sociedade solidária.

Este pequeno livro procura contribuir para uma resposta com a modéstia dos *primeiros passos*.

NECESSIDADE HUMANA UNIVERSAL

- A família Silva está reunida ao redor da mesa de jantar discutindo como enfrentar o desafio do crescente custo de vida. Há importantes decisões a serem tomadas. Alguns dos meninos terão de deixar de estudar e começar a trabalhar. Serão precisos cortes nas despesas de alimentação e diversão. O pai pergunta a opinião de cada membro da família. Todos tratam de participar da discussão, cada qual contribuindo segundo sua idade e situação.
- A Associação dos Moradores da Favela do Cravo convoca reunião para hoje à noite. O núcleo de liderança quer convencer o grupo comunitário da urgência de se mobilizar e fazer pressão sobre a Prefeitura para dar solução ao problema da água. Espera-se a participação de todo o pessoal porque o problema interessa a todos.

- O Serviço de Extensão Rural do Estado comunicou aos produtores do município de Rebouças que de agora em diante o planejamento das atividades do Serviço na região será feito mediante consulta aos agricultores. "Estamos implantando em Rebouças o Planejamento Participativo", declarou o diretor do Serviço.
- Em recente comício de sua campanha, o candidato a governador afirmou que seu Partido defende uma *alternativa comunitária* e que, se for eleito, pretende substituir o paternalismo governamental pela participação responsável da comunidade.
- Por razões de conjuntura histórica, na Organização das Nações Unidas cinco países — China, França, Grã-Bretanha, URSS e EUA — reservam-se a condição privilegiada de membros "permanentes" do Conselho de Segurança com direito ao chamado poder de "veto" sobre todas as decisões importantes do citado Conselho. Com o aumento do número de países membros esta desigualdade na participação dos países tem sido objeto de severas críticas.

PARTICIPAÇÃO. As pessoas participam em sua família, em sua comunidade, no trabalho, na luta política. Os países participam nos foros internacionais, onde se tomam decisões que afetam os destinos do mundo.

Como nenhum homem é uma ilha e desde suas origens o homem vive agrupado com seus iguais, a participação sempre tem acompanhado — com

altos e baixos — as formas históricas que a vida social foi tomando. Entretanto, no mundo inteiro nota-se hoje uma tendência para a intensificação dos processos participativos. As causas?

A participação está na ordem do dia devido ao descontentamento geral com a marginalização do povo dos assuntos que interessam a todos e que são decididos por poucos. O entusiasmo pela participação vem das contribuições positivas que ela oferece.

Aliás, algo surpreendente está ocorrendo com a participação: estão a favor dela tanto os setores progressistas que desejam uma democracia mais autêntica, como os setores tradicionalmente não muito favoráveis aos avanços das forças populares.

A razão, evidentemente, é que a participação oferece vantagens para ambos. Ela pode se implantar tanto com objetivos de liberação e igualdade como para a manutenção de uma situação de controle de muitos por alguns.

Do ponto de vista dos setores progressistas, a participação facilita o crescimento da consciência crítica da população, fortalece seu poder de reivindicação e a prepara para adquirir mais poder na sociedade. Além disto, por meio da participação, conseguem-se resolver problemas que ao indivíduo parecem insolúveis se contar só com suas próprias forças, tais como a construção de uma estrada ou uma ponte, ou a recuperação de delinquentes juvenis numa comunidade marginal. Graças à partici-

pação às vezes resolvem-se ainda conflitos de uma maneira pacífica e satisfatória para as partes interessadas.

Do ponto de vista dos planejadores democráticos, a participação garante o controle das autoridades por parte do povo, visto que as lideranças centralizadas podem ser levadas facilmente à corrupção e à malversação de fundos. Quando a população participa da fiscalização dos serviços públicos, estes tendem a melhorar em qualidade e oportunidade.

Além disto, os serviços que os organismos oficiais, tais como ministérios de saúde e de agricultura, prestam ao povo são melhor aceitos na medida em que correspondem à percepção que este tem de suas próprias necessidades, percepção que se expressa mediante a participação. Daí que muitos destes organismos de serviço público se empenhem agora, depois de séculos de verticalidade e autoritarismo, em promover o "planejamento participativo", capaz de gerar projetos relevantes para a população.

Por outro lado, há uma crescente consciência por parte dos governos de que os recursos necessários para o desenvolvimento das regiões carentes são tão enormes, que uma alta proporção deles deve ser obtida nas próprias áreas beneficiárias. Ora, o mais importante recurso no processo de desenvolvimento são as próprias pessoas e, por conseguinte, os governos procuram a participação

delas em escala massiva.

Além da necessidade "econômica" da participação, há também um reconhecimento da necessidade "política" da mesma, no sentido de que as estratégias altamente centralizadas têm fracassado na mobilização de recursos econômicos e no desenvolvimento da iniciativa própria para tomar decisões em nível local. A participação popular e a descentralização das decisões mostram-se como caminhos mais adequados para enfrentar os problemas graves e complexos dos países em desenvolvimento.

"A participação disseminada em associações e entidades equilibraria a tendência para a ruptura contida na participação se canalizada exclusivamente através dos partidos políticos. Além disto, na medida em que expressa interesses reais e mais próximos e visíveis por cada um, ajudaria a conter a tendência inata para o despotismo supostamente contido em toda democracia, já que ela sempre contempla os interesses das majorias e submete as minorias."

Ora, a enumeração das contribuições da participação poderia levar a um conceito puramente instrumental, com o perigo de que se veja nela algo para ser dirigido, manipulado ou explorado quanto a seus resultados utilitários.

No entanto, se procurarmos a motivação dos participantes de uma atividade comunitária qualquer, notaremos neles uma satisfação pessoal e



Íntima que com freqüência vai muito além dos resultados úteis de sua participação.

Ocorre que a participação não é somente um instrumento para a solução de problemas mas, sobretudo, uma *necessidade fundamental do ser humano*, como o são a comida, o sono e a saúde.

A participação é o caminho natural para o homem exprimir sua tendência inata de realizar, fazer coisas, afirmar-se a si mesmo e dominar a natureza e o mundo. Além disso, sua prática envolve a satisfação de outras necessidades não menos básicas, tais como a interação com os demais homens, a auto-expressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, o prazer de criar e recriar coisas, e, ainda, a valorização de si mesmo pelos outros.

Conclui-se que a participação tem duas bases complementares: uma base *afetiva* — participamos porque sentimos prazer em fazer coisas com outros — e uma base *instrumental* — participamos porque fazer coisas com outros é mais eficaz e eficiente que fazê-las sozinhos.

Estas duas bases — afetiva e instrumental — deveriam equilibrar-se. Porém, às vezes, elas entram em conflito e uma delas passa a sobrepor-se à outra. Ou a participação torna-se puramente "consumatória" e as pessoas se despreocupam de obter resultados práticos — como numa roda de amigos bebendo num bar — ou ela é usada apenas como instrumento para atingir objetivos, como num "comando" infiltrado em campo inimigo.

Em síntese, a participação é inerente à natureza social do homem, tendo acompanhado sua evolução desde a tribo e o clã dos tempos primitivos, até as associações, empresas e partidos políticos de hoje. Neste sentido, a frustração da necessidade de participar constitui uma mutilação do homem social. Tudo indica que o homem só desenvolverá seu potencial pleno numa sociedade que permita e facilite a participação de todos. O futuro ideal do homem só se dará numa sociedade participativa.

PARTICIPAÇÃO VERSUS MARGINALIZAÇÃO

Entender o que é participação talvez seja mais fácil se compreendermos o seu contrário, a não participação, isto é, o fenômeno da marginalidade.

Marginalidade significa ficar de fora de alguma coisa, às margens de um processo sem nele intervir.

O conceito de "marginalidade", porém, é mal entendido entre nós. Basta ver a aplicação da palavra "marginais" aos criminosos de qualquer tipo, como se eles não intervissem ativamente, embora a seu próprio modo, nos processos sociais.

Outro erro freqüente é entender a marginalidade apenas como a falta de participação de certos setores sociais no consumo dos bens materiais e culturais da sociedade. Segundo esta ótica, a substancial proporção da população que se encontra em situação de pobreza, ignorância e alienação seria mar-

ginal porque não consegue usufruir dos empregos, escolas e diversões como o fazem outros setores.

Ora, erro ainda pior é atribuir a responsabilidade de se encontrarem naquela situação de déficit aos próprios setores "marginais", com grande ênfase nos "déficits educativos" evidenciados pelo seu analfabetismo, precária instrução básica e costumes "primitivos".

Tais déficits educativos, aliás, freqüentemente são considerados conseqüência do "atraso" daqueles setores em relação a outros mais "modernos" e "desenvolvidos".

Esta maneira de entender a marginalidade como atraso autoprovocado tem levado ao desenvolvimento de estratégias educativas "integradoras": os programas educativos emergentes desta percepção visam a incorporação dos setores populares à vida nacional, adaptando-os e integrando-os às condições exigidas pela modernização da sociedade.

O preço da "participação" seria, então, a integração ao molde modernizador, onde a participação é entendida como a inclusão entre os beneficiários consumidores dos bens materiais e culturais inerentes ao desenvolvimento modernizador.

Onde está o erro deste enfoque?

Está em que a "marginalidade" de alguns grupos não é, de maneira alguma, conseqüência de "atrasos", mas resultado lógico e natural do desenvolvimento modernizador numa sociedade onde o acesso aos benefícios está desigualmente repartido.

O subdesenvolvimento de uns é provocado pelo "superdesenvolvimento" de outros. Para que alguns possam acumular vastos patrimônios, outros necessitam ser explorados e sacrificados. Para que o poder se concentre em poucas mãos, a participação política da maioria da população deve ser coartada.

Não há, pois, *marginalidade* mas *marginalização*.

Neste novo enfoque, a participação não mais consiste na recepção passiva dos benefícios da sociedade mas na intervenção ativa na sua construção, o que é feito através da tomada de decisões e das atividades sociais em todos os níveis.

No novo contexto, a participação já não tem o caráter "consumista" atribuído pela teoria da marginalidade, mas o de processo coletivo transformador, às vezes contestatório, no qual os setores marginalizados se incorporam à vida social por direito próprio e não como convidados de pedra, conquistando uma presença ativa e decisória nos processos de produção, distribuição, consumo, vida política e criação cultural.

De modesta aspiração a um maior acesso aos bens da sociedade, a participação fixa-se o ambicioso objetivo final da "autogestão", isto é, uma relativa autonomia dos grupos populares organizados em relação aos poderes do Estado e das classes dominantes. Autonomia que não implica uma caminhada para a anarquia, mas, muito pelo contrário, implica o aumento do grau de consciência política dos cidadãos, o reforço do controle popular

sobre a autoridade e o fortalecimento do grau de legitimidade do poder público quando este responde às necessidades reais da população.

A seguinte notícia, publicada num jornal paulista, reflete o novo conceito de participação:

SÃO PAULO — O Cardeal-Arcebispo D. Paulo Evaristo Arns disse ontem que "todos aqueles que acreditam ser possível manipular o povo sentirão a presença das Comunidades de Base e de toda a população por elas acordada". Ele afirmou que as Comunidades Eclesiais de Base "nunca lutarão por acesso ao poder político mas terão momentos de pressão sobre o Poder". E advertiu: "Passou o tempo em que os políticos podiam manobrar a população. O povo é quem demandará coisas dos políticos. O processo está bem adiantado".

A mudança de enfoque, naturalmente, deflagra uma nova abordagem dos processos educativos que, de um caráter meramente "integrador", passam a ter caráter conscientizador e liberador, tornando-se verdadeiras escolas de participação.

A micro e a macroparticipação

A breve discussão sobre a marginalização preparou-nos para conceituar a participação.

Um pouco de etimologia pode também ajudar.

Qual é a origem da palavra "participação"?

Pergunte-se a qualquer pessoa o que é participação e, com toda certeza, ela mencionará a palavra "parte" em sua resposta. Seguramente vai dizer que "participar é fazer parte de algum grupo ou associação", ou "tomar parte numa determinada atividade", ou, ainda, "ter parte num negócio".

- Fazer parte.
- Tomar parte.
- Ter parte.

De fato, a palavra participação vem da palavra parte. Participação é fazer parte, tomar parte ou ter parte. Mas é tudo a mesma coisa ou há diferenças no significado destas expressões?

"Bulhões faz parte de nosso grupo mas raramente toma parte das reuniões."

"Fazemos parte da população do Brasil mas não tomamos parte nas decisões importantes."

"Edgar faz parte de nossa empresa mas não tem parte alguma no negócio."

Estas frases indicam que é possível fazer parte sem tomar parte e que a segunda expressão representa um nível mais intenso de participação. Eis a diferença entre a participação passiva e a participação ativa, a distância entre o cidadão inerte e o cidadão engajado.

Ora, mesmo dentro da participação ativa, isto é, entre as pessoas que "tomam parte", existem diferenças na qualidade de sua participação.

Algumas, por exemplo, sentem "ser parte" da organização, isto é, se consideram como "tendo parte" nela e lhe dedicam sua lealdade e responsabilidade. Outras, embora muito ativas, talvez levadas pelo seu dinamismo natural, não professam uma lealdade comprometida com a organização e facilmente a abandonam para gastar suas energias excedentes em outra organização.

A prova de fogo da participação não é o quanto se toma parte mas como se toma parte.

Possivelmente, a insatisfação com a democracia representativa que se nota nos últimos tempos em alguns países se deva ao fato de os cidadãos desejarem cada vez mais "tomar parte" no constante processo de tomada nacional de decisões e não somente nas eleições periódicas. A democracia participativa seria então aquela em que os cidadãos sentem que, por "fazerem parte" da nação, "têm parte" real na sua condução e por isso "tomam parte" — cada qual em seu ambiente — na construção de uma nova sociedade da qual se "sentem parte".

O homem participa nos grupos primários, como a família, o grupo de amizade ou de vizinhança, e participa também dos grupos secundários, como as associações profissionais, sindicatos, empresas. Participa ainda dos grupos terciários, como os partidos políticos e movimentos de classe.

Podemos então falar de processos de micro e de macroparticipação. É importante distingui-los

de água, esgotos, transporte, segurança, saúde, etc. Hoje, essas comunidades já passaram de uma participação de níveis 5 e 6 a uma participação de níveis 3 e 4, ganhando influência e intervenção em áreas de decisão antes zelosamente monopolizadas pelas prefeituras.

Quando o governo controla a participação do povo, mas não é controlado pelo povo, é sinal de que ainda falta muito para se chegar à sociedade participativa. Nesta, o povo exerce o controle final das decisões, nos mais elevados níveis.

CONDICIONAMENTOS DA PARTICIPAÇÃO

Como se explica que, sendo a participação uma necessidade básica do homem, tão poucas pessoas participem real e plenamente das decisões importantes de nossa sociedade? Que fatores condicionam a participação, isto é, a facilitam ou obstaculizam?

- A família Silva está reunida ao redor da mesa para discutir como enfrentar o desafio do crescente custo de vida. Mas os filhos já sabem de antemão quais serão as decisões que a família vai tomar. São as decisões que o pai costuma impor em momentos críticos: só ele se julga capaz de escolher a melhor alternativa. E até utiliza o sarcasmo e a ironia para destruir os argumentos dos filhos mais velhos.
- A Associação dos Moradores da Favela do Cravo convocou reunião para discutir o problema da água.



TEXTO DE APOIO 3 – TERRITÓRIO EM SAÚDE

Território

Quando analisamos o território é importante considerar que são diversos os fatores que condicionam o estado de saúde das pessoas, tais como: o nível de desenvolvimento social e econômico da população; a infraestrutura existente, de moradia e de trabalho; a subjetividade, a afetividade, a espiritualidade, a sexualidade, o gênero e a diversidade cultural; a participação das pessoas nas decisões da comunidade; o grau de desigualdade de renda; presença de agentes transmissores de doenças e alergias; a qualidade da alimentação; a qualidade do saneamento; níveis de violência, discriminação, dependência química etc.; presença de áreas de risco físico-natural (deslizamentos de terra, inundações etc.); mudanças cíclicas e climáticas na bacia hidrográfica na qual o território está inserido; e presença de fontes poluidoras como indústrias e uso abusivo e não regulamentados de agrotóxicos.

É importante pensar e refletir sobre as condições sociais que podem favorecer ou comprometer a situação de saúde-doença de grupos que habitam determinadas áreas, visto que, quanto melhores as condições sociais de uma população e melhor a possibilidade de organização da rede de atenção à saúde, possivelmente melhor será a situação de saúde-doença dessa população.

Pensar a partir do território consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Muitas vezes, o conceito de espaço é reduzido, sendo utilizado de forma meramente administrativa para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geográfica, um perfil ambiental, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a situação epidemiológica e ambiental de um território devem orientar a organização do sistema de atenção à saúde. Estas variáveis estão profundamente inter-relacionadas e as políticas públicas de educação, emprego e saneamento, por exemplo, precisam estar articuladas com esse cenário.

O tripé – Determinantes Sociais da Saúde, Situação de Saúde- Doença e Rede de Atenção à Saúde – constitui a base para se compreender a problemática de saúde de um determinado território. Uma análise situacional na saúde abrange essas três dimensões, e cada uma dessas apresenta seus indicadores próprios possibilitando, assim, a comparação desses aspectos entre vários territórios de saúde.

Não basta programar ações setoriais, é preciso que se faça valer tudo aquilo que é necessário e fundamental para a vida humana em um determinado lugar. A interação e articulação entre todas as coisas é que fará daquele lugar um lugar bom para se viver, enfim, um lugar saudável (Souza, 2004).

Território e riscos à saúde

São as condições objetivas de vida das pessoas em interação com seu meio social, ambiental e territorial, que vão moldar a forma como elas percebem o risco. Essa percepção inclui valores básicos sociais e pessoais (tradições, crenças, hábitos), bem como experiências anteriores que tenham apresentado risco ou ameaça às suas vidas (presença de atores armados no território, conflitos armados, vulnerabilidade social e infestações ambientais de *Aedes aegypti*, entre outros). A concepção tradicional de saúde (pautada no modelo médico- assistencial) fez com que o setor saúde ficasse impotente em face dos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social. Para superar este cenário, vem se fortalecendo a ideia das ações de promoção da saúde, orientadas para as ações coletivas e intersetoriais.

A “Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas” (PNPS, 2010).

Segundo Buss (1996), os paradigmas da promoção e da vigilância em saúde não devem incidir apenas sobre os produtos finais dos processos, como mortes, sequelas, enfermidades e agravos. Também devem atuar, simultaneamente, sobre um conjunto de outros objetos da saúde pública – pessoas, situações, riscos, grupos

de risco e necessidades sociais de saúde, sob a forma de vigilância e monitoramento para prevenir danos e promover a qualidade de vida. Assim, as estratégias de intervenção dessa prática correspondem a diferentes tipos de controle sobre riscos, danos e de causas, ou seja, o controle de condicionantes e determinantes.

Nesse sentido, o processo saúde-doença deve levar em conta os aspectos individuais e os contextos sociais e coletivos que podem produzir maior ou menor suscetibilidade ao adoecimento, bem como simultaneamente as condições para sua proteção e superação. Deste modo, há necessidade de aproximar os conceitos e a visão de risco individual (que fundamenta o modelo biomédico), ao contexto de vulnerabilidade social numa perspectiva de um olhar coletivo, considerando a relação com os condicionantes e determinantes sociais (Nichiata et al, 2008).

De acordo com Castiel (1999), o conceito de vulnerabilidade está relacionado às condições de maior ou menor fragilidade de grupos populacionais, de modo a incluir e enfatizar dimensões sociais políticas e econômicas, para além dos aspectos comportamentais de indivíduos considerados 'soltos' e extrínsecos a seus contextos societários. Já a abordagem dos fatores de risco está calcada em marcadores que visam à predição de morbimortalidade futura. Deste modo, poder-se-ia identificar, contabilizar e comparar indivíduos, grupos familiares ou comunidades em relação à exposição aos ditos fatores (já estabelecidos por estudos prévios), proporcionando intervenções preventivas. Nesta perspectiva, a promoção da saúde atua no desenvolvimento de ações que se antecipem ao dano ou ao agravo.

Na legislação brasileira vigente, conquistamos a institucionalização de estratégias para produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, bem como para sistematização de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. Esse novo ciclo político de organização do SUS (2000 até os dias atuais), é central na sustentação do modelo de atenção à saúde de base territorial que protagoniza o nível local, especialmente no que se refere ao planejamento e à implementação de medidas para proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças e para a promoção da saúde.

O cenário atual é marcado pela transição demográfica e epidemiológica decorrentes da queda da mortalidade, da fecundidade, e o aumento da longevidade. O envelhecimento da população está associado ao aumento da incidência e prevalência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) compreendida pelas Causas Externas (Acidentes e Violências) e Doenças Crônicas Não Transmissíveis

(DCNT), que engloba: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças musculoesqueléticas. Com isto, emerge a necessidade do desenvolvimento de ações de vigilância que visam reduzir o impacto dessas doenças, por meio do monitoramento da morbimortalidade e seus fatores de risco. À vigilância cabe o papel fundamental, de expandir suas ações para além das doenças transmissíveis, sem prejuízo das ações relacionadas a estas, que ainda se mantêm no cenário epidemiológico.

Portanto, se o território é o lugar onde a vida acontece, é nesse contexto, que precisamos avançar visibilizando a promoção da cultura da paz, a prevenção das violências: doméstica, sexual, autoprovocada, como as tentativas de suicídio, dentre outras. A violência afeta a saúde individual e coletiva; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades e coloca novos desafios para o cuidado em saúde diferentes daqueles fornecidos às tradicionais doenças infecciosas e parasitárias. Essa realidade, trouxe uma nova lógica de atendimento com equipe interdisciplinar, articulada em rede, com as unidades do setor e com os serviços de outros setores da sociedade que também atendem às vítimas.

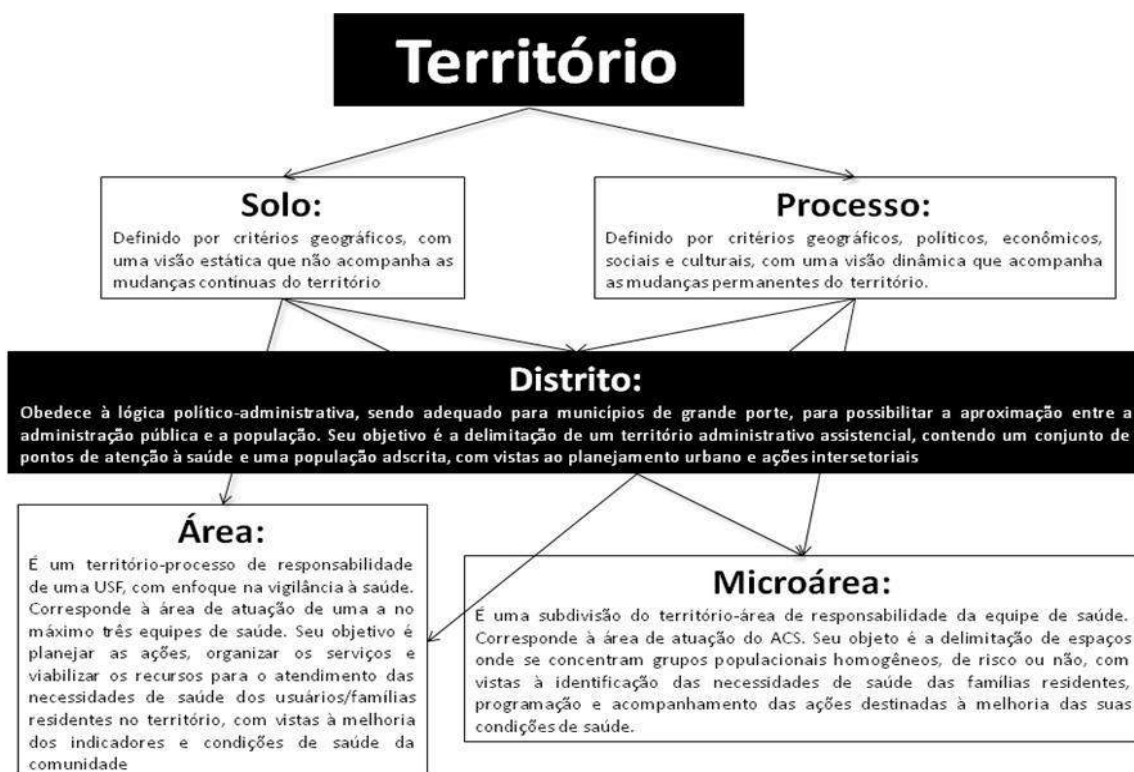
Territorialização

Além de falarmos de território, outro conceito importante é o da territorialização. Trata-se do processo *“de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.)”* (Gondim, Monken, Verbetes), tornando o *“território como uma categoria de análise social”* (Souza, 2004).

A discussão sobre territórios e suas possibilidades, na perspectiva da organização dos serviços de saúde, busca estabelecer áreas geográficas de responsabilidade e atuação das equipes de saúde. Isso significa desdobrar todo o processo de planejamento de suas atividades: diagnóstico, identificação e priorização dos problemas de saúde e programação, operacionalização e monitoramento das ações de saúde, indissociável ao processo de identificação do território e suas

possibilidades. Na atualidade, incorporou-se a noção de risco, fundamental para o estabelecimento de prioridades de atuação da equipe de saúde. Segundo Mendes (1993), há, pelo menos, duas concepções de territórios sanitários:

- A primeira toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e pronto; nessa concepção prevalecem os critérios geofísicos na construção de um **território-solo**;
- A segunda, derivada da geografia política e coerente com o conceito de espaço/população, vê o **território** como um **processo** em permanente construção, produto de uma dinâmica social nunca acabada, onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária.



Essa última visão implica que o território sanitário, além de um território geográfico, é também, território cultural, social, econômico e político.

Cabe também diferenciar entre territórios político-administrativos e territórios sanitários. Os territórios político-administrativos são territórios de desconcentração dos entes públicos – Ministério e Secretarias de Saúde – que se definem a partir de uma lógica eminentemente política. Diferentemente, os territórios sanitários são territórios recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de responsabilidade

de uma rede de atenção à saúde, em suas demandas pelos serviços de saúde. Ademais, são espaços de responsabilização sanitária por uma população definida.

O foco da territorialização na Estratégia Saúde da Família (ESF) está em estabelecer duas medidas de territórios sanitários fundamentais:

- O território área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF;
- O território microárea que é o território de responsabilidade (compartilhada com a equipe) de um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

No modelo tradicional de cuidados primários, o território da área de abrangência é construído a partir de todas as pessoas que vivem na área de responsabilidade de uma unidade de APS. Na ESF haverá tantos territórios de abrangência quantas são as equipes porque a função de responsabilização é imputada a cada equipe em relação às famílias adscritas.

O processo de territorialização envolve o levantamento do perfil territorial-ambiental (a geografia e ambiente, a delimitação do território da unidade da ESF num mapa, as vias de acesso e as características dos domicílios), do perfil demográfico, do perfil socioeconômico e do perfil institucional.

O conhecimento da população e o cadastro familiar

O primeiro elemento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RAS.

A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias/ instituições e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociossanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total:

ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à Unidade Básica de Saúde; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Na concepção de RAS, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.

O cadastro familiar tem o objetivo de conhecer as famílias adscritas às equipes da Estratégia de Saúde da Família, sendo uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família.

O cadastro familiar é uma ferramenta fundamental para a ESF porque é a partir dele que se define a população que, organizada socialmente em famílias, se vinculará a cada equipe de saúde da família. Como se viu anteriormente, a população de uma RAS não é a população fornecida pelo IBGE, mas as pessoas que efetivamente vivem no território de responsabilidade de cada equipe da ESF. Assim, só com um bom cadastro familiar se poderá romper com um dos problemas centrais do SUS que é a gestão da oferta e se instituir, verdadeiramente, a gestão de base populacional.

A territorialização e cadastro dos usuários são base para o planejamento das práticas assistenciais e da Vigilância em Saúde, pois possibilita conhecer o número real de pessoas existentes na área de abrangência e seus Determinantes Sociais de Saúde. Dessa forma, têm-se informações qualitativas e quantitativas para avaliação da população considerada com maior risco/vulnerabilidade ou que apresentam agravo ou condição relevante em saúde, tanto individualmente quanto em sua coletividade.

Sob a óptica da Vigilância em Saúde devem-se considerar alguns itens importantes durante a territorialização e cadastramento da população que serão fundamentais para direcionar o trabalho da equipe de Atenção Primária a fim de adequar sua prática à necessidade encontrada. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde. O conhecimento e registro adequado da população são base para processos de trabalho mais seguros e eficazes a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade evitável, diminuir o uso desnecessário de procedimentos e recursos especializados de saúde.

O conhecimento do território adstrito, com análise epidemiológica e diagnóstico situacional, possibilita o planejamento adequado das atividades e serem desenvolvidas pela equipe de AB, tanto na UBS, quanto nos domicílios, dispositivos da comunidade e espaços coletivos. Este processo de trabalho se baseia na equidade e na priorização da agenda para pessoas e grupos populacionais e intervenções no processo de saúde-doença conforme a necessidade, evitando uma desconexão entre oferta de trabalho e demanda viva no território.

Diagnóstico local

O Diagnóstico Local reúne todas as informações necessárias para que a equipe de saúde conheça o território e a população residente sob a sua responsabilidade.

É um processo estratégico que sistematiza as informações dos processos de territorialização e cadastro da população, constituindo a base para que a equipe possa programar as ações de saúde e, posteriormente, avaliar o impacto destas ações na situação de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PARA ESTE TEXTO

AYRES JRCM, FRANÇA JUNIOR I. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. P. 50 -71. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP). Redes de Atenção à Saúde. Oficina 3 – diagnóstico local. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte: ESP, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM nº. 1378 de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM nº. 3252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Teixeira, Carmem Fontes, Vilas boas, Ana Luiza Queiroz. Doc Preliminar. Diretrizes para a integração entre a APS e Vigilância em Saúde. mimeo Brasília, 2009. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS - Progestores. Brasília: CONASS, 2015.

CASTIEL, LD. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências [online]. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 204 p. ISBN 85-85676-70-1. Available from SciELO Books .

MARQUES, M. C. C. Um novo olhar sobre o território. Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, set. 2007. (mimeo.)

MENDES, Eugênio Vilaça. Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). Resiliência e educação. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. In: Risco ou vulnerabilidade social? Social vulnerability or risk? ROSANE JANCZURA.

Bibliografia

BORDENAVE, J. E. D. O que é participação. 1. São Paulo: Brasilense, 1983. (Coleção Primeiros Passos, 95).

CERQUEIRA, L. Participação cidadã na gestão pública: avanços e retrocessos com a implantação da estratégia de desenvolvimento local integrado e sustentável. 2004. 80 folhas. Dissertação (Mestrado em Ciência Política), Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CHAMBERS, R.; GUIJT, I. DRP: después de cinco años, em qué estamos ahora? Revista Bosques, Arboles y Comunidades Rurales, Quito: FAO, n. 26, p. 4-14, 1995.

COELHO, F. M. G. A arte das orientações técnicas no campo: concepções e métodos. Viçosa:UFV, 2005.

CONASS. PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OFICINA 3 – TERRITORIALIZAÇÃO EM SAÚDE Guia do Facilitador, GOIÁS, ABRIL 2016

FREIRE, P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GOMES, M. A. O. et al. Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) como mitigador de impactos socioeconômicos negativos em empreendimentos agropecuários. In: BROSE, M. Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, p. 63-78, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

PRETTY, J.; GUIJT, I.; THOMPSON, J.; SCOONES, I. Participatory learning and action: a trainer's guide. London: IIED, 1995.

TERRA. Relatório de diagnóstico e planejamento participativo do meio rural do município de Cabo Verde – MG. Cabo Verde, 1997.

THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-Ação. 10ª ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 2000.(Coleção temas básicos de pesquisa-ação). 16 GUIA DO DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Textos de referência na internet para construção do guia

<http://crescentefertil.org.br/projetoriosesmaria/site/wp-content/uploads/6.-DRP.pdf>

<http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/20380>

http://www.icv.org.br/site/wp-content/uploads/2013/08/29132cartilha_cotriguacu.pdf

http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_815.pdf

http://www.koinonia.org.br/outras/CARTILHA_TRD_2009.pdf

http://www.iapar.br/arquivos/File/zip_pdf/Ase/diag_participativo.pdf

http://www.mma.gov.br/estruturas/pda/arquivos/prj_mc_103_pub_art_007_ec.pdf