

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Arthur de Almeida Alves

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TERRITÓRIO NO
ENFRENTAMENTO À TUBERCULOSE: um olhar sobre a Comunidade do Mandela

Rio de Janeiro

2022

Arthur de Almeida Alves

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TERRITÓRIO NO
ENFRENTAMENTO À TUBERCULOSE: um olhar sobre a Comunidade do Mandela

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Marcio Sacramento de Oliveira

Rio de Janeiro

2022

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

A474a Alves, Arthur de Almeida

O agente comunitário de saúde e sua relação com o território no enfrentamento à tuberculose: um olhar sobre a Comunidade do Mandela / Arthur de Almeida Alves. - Rio de Janeiro, 2022.

142 f.

Orientador: Marcio Sacramento de Oliveira

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, 2022.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Atenção à Saúde. 3. Tuberculose. I. Oliveira, Marcio Sacramento de. II. Título.

CDD 362.10425

Arthur de Almeida Alves

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TERRITÓRIO NO
ENFRENTAMENTO À TUBERCULOSE: um olhar sobre a Comunidade do Mandela

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Marcio Sacramento de Oliveira

Aprovado em: 31/10/2022

BANCA EXAMINADORA

(Doutor Marcio Sacramento de Oliveira – Fiocruz/ICICT)

(Doutora Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini – Fiocruz/EPJSV)

(Doutor Christovam Barcellos – Fiocruz/ICICT)

Você sabe o que Kant dizia?

que se tudo desse certo no meio

também daria no fim dependendo da idéia que se

fizesse de começo e depois – para ilustrar – saiu

dançando um foxtrote

(Antônio Carlos de Brito – Vida e Obra)

AGRADECIMENTOS

Para muitos acontecimentos da nossa vida não há uma explicação inicial, ao longo de nossa existência buscamos por respostas e ansiamos pelo dia em que tudo faça sentido. Quando estava à procura de um emprego, apareceu uma oportunidade de trabalhar em uma clínica da família como Agente Comunitário de Saúde, aceitei primeiramente devido a precária situação financeira em que me encontrava, porém, outro fator que me induziu a escolher esse caminho foi a curiosidade em trabalhar na área da saúde para compreender bem de perto a funcionalidade de um equipamento público. Acabei criando uma paixão pela área da saúde e isto se deve em grande parte à experiência que adquiri diariamente na clínica através de um trabalho que é árduo, porém gratificante.

O agradecimento que farei a algumas pessoas não é o suficiente para retribuir todo o apoio que tive durante essa minha jornada. Deste modo:

Agradeço a dona Ana minha mãe, que apesar de todas as dificuldades esteve presente em todos os momentos da minha vida. Nunca deixou faltar alimentos para o corpo ou para a alma, sempre me incentivou a buscar o meu melhor e nunca desanimar.

Agradeço a minha esposa Jacqueline por ser minha grande parceira, amiga e por me manter sempre motivado independente dos caminhos que escolhesse seguir. Sem ela nada disso seria possível.

Agradeço ao meu irmão Marcos, por sua companhia e conselhos desde que éramos crianças que me ajudaram a trilhar esse caminho.

Agradeço ao Leandro por sua amizade de longa data e pelo seu apoio durante todo o processo da pesquisa.

Agradeço aos companheiros da turma 2020 do mestrado, que apesar de todos os percalços vividos ao longo desses dois anos, sempre estiveram disponíveis para socorrer um colega. Em especial gostaria de agradecer nominalmente, ao André pelo seu senso de humor e cuidado para com os outros, Bel pela sua imensa parceria na escola e trabalho, Clarinha por compartilhar conhecimento e cultura, Larissa pela sua gentileza para resolver os problemas da turma, Veronica Alexandrino pela sua incrível capacidade de agregar coisas boas e Verônica Wermelinger pela sua sinceridade sem perder a simpatia.

Agradeço a todos os ACS que foram extremamente gentis e atenciosos durante as entrevistas e aos gestores das unidades que me abriram as portas para a realização desta pesquisa.

Agradeço a todos os professores do mestrado da EPSJV que me ajudaram na ampliação dos meus horizontes para que eu pudesse chegar ao final desse ciclo mais preparado.

Agradeço ao meu orientador Marcio Sacramento por acreditar na pesquisa, por ser extremamente atencioso com minhas demandas e necessidades como estudante e por sua imensa paciência até chegarmos a defesa da dissertação.

Por fim, agradeço a Deus por me dar sabedoria para fazer as escolhas certas e ser tão generoso comigo.

RESUMO

A Tuberculose (TB) ainda permanece como desafio a ser vencido no mundo inteiro e não é diferente na Comunidade do Mandela, onde as precárias condições de vida, potencializam o surgimento e o prevaletimento da doença. O controle da TB no Território, passa principalmente pelas ações de prevenção e acompanhamento de casos realizados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem no Agente Comunitário de Saúde (ACS) um profissional que é protagonista nessas ações, por conhecer plenamente o Território e ser capaz de desenvolver vínculos entre a população e o sistema de saúde. A pesquisa buscou analisar a relação do ACS com o Território no enfrentamento à TB no Mandela, para isso, foi realizado um estudo descritivo, de abordagem qualitativa que contou com um estudo de observação de campo e das entrevistas dos ACS sobre suas áreas de atuação que permitiram a identificação do contexto social e estrutural dos Territórios; Identificação e análise da incidência de casos de tuberculose para verificar o impacto da doença nesse recorte e análise dos processos de trabalho e percepções dos ACS sobre a Tuberculose no Território. A constatação dos altos índices da TB no Mandela, sugerem Territórios com características ideais para a proliferação do bacilo de Koch, ao mesmo tempo que expõe a vulnerabilidade social da população que requer uma maior atenção do ACS, porém, a subutilização e desvalorização desse profissional, resultado de um processo de precarização do trabalho, compromete todo e qualquer plano de enfrentamento à Tuberculose no Território.

Palavras-Chave: Agente Comunitário de Saúde. Território. Tuberculose. Comunidade do Mandela.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) still remains a challenge to be overcome worldwide and it is no different in the Mandela Community, where the precarious living conditions potentiate the emergence and prevalence of the disease. The control of TB in the Territory is mainly through the actions of prevention and monitoring of cases carried out by the Family Health Strategy (ESF), which has in the Community Health Worker (ACS) a professional who is a protagonist in these actions, for fully knowing the Territory and being able to develop links between the population and the health system. The study sought to analyze the relationship between the ACS and the Territory in the fight against TB in Mandela, to identify the dilemmas, difficulties and potential of this professional. First, an analysis of the incidence of cases in the years 2018, 2019 and 2020 was carried out to verify the impact of the disease in this clipping, a field observation study that added to the interviews with the ACS allowed the characterization of the Territories and an analysis of the processes of work and perception of these professionals about Tuberculosis in Mandela from interviews. The finding of the high rates of TB in Mandela suggests Territories with ideal characteristics for the proliferation of Koch's bacillus, at the same time that it exposes the social vulnerability of the population that requires greater attention from the ACS, however, the underutilization and devaluation of this professional result of a process of precarious work compromises any and all plans to fight Tuberculosis in the Territory.

Keywords: Community Health Worker. Territory. Tuberculosis. Mandela Community.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1** - Bairro de Manguinhos e recorte espacial da área de estudo com a delimitação da área de abrangência das equipes de saúde do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria e da Clínica da Família Victor Valla que atuam na Comunidade do Mandela, 2021.....**40**
- Figura 2** - Delimitação dos Territórios que compõem a Comunidade do Mandela, situada em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**44**
- Figura 3** - Baixa incidência de luz solar na rua 6 do Terreninhos, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**48**
- Figura 4** - Umidade, mofo e baixa incidência solar em uma das travessas da rua 4 do Terreninhos Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022..... **48**
- Figura 5** - Organização das casas na rua 4 de Terreninhos, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**49**
- Figura 6** - Construção de novas moradias em uma das travessas da rua 6 do Terreninhos, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**49**
- Figura 7** - Crescimento vertical e o curto espaço entre as quadras na rua 5 do Terreninhos, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**50**
- Figura 8** - Conexão entre duas quadras opostas através de uma laje na rua 3 do Terreninhos, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**50**
- Figura 9** - Corredor da entrada lateral dos Prédios da Embratel, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**54**
- Figura 10** - Construção irregular entre os prédios, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**54**
- Figura 11** - Lixo acumulado na rua principal dos Prédios da Embratel, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**55**
- Figura 12** - Situação de limpeza e utilização do espaço entre os prédios, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**55**
- Figura 13** - Espaço de Desenvolvimento Infantil – EDI, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**57**
- Figura 14** - Comércio na entrada dos Prédios da Embratel, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022..... **58**
- Figura 15** - Organização das casas na rua Um do início do Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**62**
- Figura 16** - Disposição das casas em um dos becos do Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**62**
- Figura 17** - Ausência de saneamento e coleta de lixo na margem do Rio Jacaré que separa a Comunidade do Mandela e a Fiocruz, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....**63**

Figura 18 - Expansão do Mandela Um com construções mais recentes à direita, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	64
Figura 19 - Fundos da Escola Municipal Professora Maria de Cerqueira e Silva no Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	66
Figura 20 - Campo de futebol com grama sintética no Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	66
Figura 21 - Paróquia São Miguel Arcanjo situada no Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	67
Figura 22 - Condição de acesso a uma das ruas do Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	69
Figura 23 - Rua principal do Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	69
Figura 24 - Entrada do Mandela Dois, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	70
Figura 25 - Construção de quatro andares em uma das quadras do Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	71
Figura 26 - Disposição das casas em uma das quadras do Mandela Dois, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	71
Figura 27 - Acesso a uma das quadras do Mandela Dois fechado com portão, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	73
Figura 28 - Comércio na rua Nova Cap do Mandela Dois, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	75
Figura 29 - Rua Nova Cap no Mandela Dois com acesso de automóveis, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	77

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Incidência acumulada de tuberculose por 100.000/habitantes do bairro de Manguinhos, do município do Rio de Janeiro, do Brasil e do Mundo no ano de 2018.....	18
Gráfico 2 - Pirâmide Etária da Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, em 2022.....	39
Gráfico 3 - Incidência acumulada de casos de tuberculose por 100.000/habitantes no Mandela, no município do Rio de Janeiro, no Brasil e no Mundo, nos anos de 2018, 2019 e 2020.....	79
Gráfico 4 - Incidência acumulada de casos de tuberculose, por 100.000/habitantes, atendidos pelas equipes de saúde da Clínica da Família Victor Valla (Liberdade, Confiança e Coragem) e pela equipe do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (Aconchego), nos diferentes territórios da Comunidade do Mandela, situada em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, nos anos de 2018, 2019 e 2020.....	80
Gráfico 5 - Estimativa de tempo gasto semanalmente em atividades dentro da unidade de saúde pelos Agentes Comunitários de Saúde das equipes Liberdade, Confiança, Coragem da Clínica	

da Família Victor Valla e equipe Aconchego do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....92

Gráfico 6 - Estimativa de tempo gasto semanalmente presente no Território realizando atividades em saúde pelos Agentes Comunitários de Saúde das equipes de saúde Liberdade, Confiança, Coragem da Clínica da Família Victor Valla e Aconchego do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos participantes da pesquisa, 2022.....	42
Tabela 2 – Síntese da caracterização dos Territórios que compõem a Comunidade do Mandela, no Rio de Janeiro, Brasil, a partir de categorias, 2022.....	46
Tabela 3 - Incidência de casos de tuberculose por 100.000/habitantes na Comunidade do Mandela, situada em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, estratificados por sexo e faixa etária nos anos de 2018, 2019 e 2020.....	78
Tabela 4 - Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)	85
Tabela 5 - Reações adversas menores aos fármacos do Esquema Básico do tratamento da Tuberculose	85
Tabela 6 - Atividades internas realizadas na unidade de saúde segundo os Agentes Comunitários de Saúde das equipes Liberdade, Confiança e Coragem da Clínica da Família Victor Valla e equipe Aconchego do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.....	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

CAAE Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CF Clínica da Família

CGPNCT Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose

CID Classificação Internacional de Doenças

CSEGSF Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

ESF Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

IDS Índice de Desenvolvimento Social

IETAP - Instituto Estadual de Tuberculose Ary Parreiras

OMS Organização Mundial da Saúde

OS Organização Social

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

TDO/DOTS Estratégia do Tratamento Diretamente Observado

PADI Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PAC Programa de Aceleração do Crescimento

PACS Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PSE Programa Saúde na Escola

PPD Derivado Proteico Purificado

RAS Rede de Atenção à Saúde

RDQA – Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

RH Recursos Humanos

RM Recursos Materiais

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SES/RJ – Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

SR Sintomático Respiratório

SUS Sistema Único de Saúde

TB Tuberculose

VD Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 JUSTIFICATIVA	20
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
4.1 Geografia Médica	24
4.2 Território no processo saúde/doença	26
4.3 Tuberculose.....	28
4.4 O Agente Comunitário de Saúde	30
4.5 Políticas de enfrentamento à tuberculose.....	34
4.6 Agente Comunitário de saúde, Território e Tuberculose, estudos acerca da temática ...	38
5 ABORDAGEM METODOLÓGICA	41
5.1 Tipo de Pesquisa	41
5.2 Recorte Espacial da área de estudo	42
5.3 Base de dados.....	43
5.3.1 De tuberculose e demográficos	43
5.3.2 Entrevistas	44
5.3.3 Observação de campo.....	46
5.4 Aspectos éticos	47
6 RESULTADOS	47
6.1 Contexto social e estrutural do Território	47
6.1.1 Terreninhos.....	50
6.1.2 Prédios da Embratel	56
6.1.3 Mandela Um.....	63
6.1.4 Mandela Dois	72
6.2 Análise da incidência de casos de Tuberculose na Comunidade do Mandela.....	80
6.3 O enfrentamento e as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Tuberculose no Território	83
6.4 Processos de trabalho e percepções dos Agentes Comunitários de Saúde	94
7 DISCUSSÃO.....	104
8 CONCLUSÃO.....	122
REFERÊNCIAS	127

APÊNDICES	136
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA	136
APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO SIMPLES.....	138
CRONOGRAMA DA DISSERTAÇÃO 2021/2022	141

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença de ordem respiratória e infectocontagiosa que ainda persiste como desafio a ser vencido no mundo inteiro. Em 2018, por volta de dez milhões de pessoas foram infectadas e tiveram consequências da doença que levou a óbito 1,5 milhão da população global, com um coeficiente de incidência em torno de 130 casos/100 mil habitantes e 19,4 óbitos/100 mil habitantes respectivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Apenas no Brasil, no mesmo ano, 72.788 novos casos de TB foram diagnosticados, com um coeficiente de incidência de 37 casos/100 mil habitantes e um total de 4.490 mortes levando a um coeficiente de 2,2 óbitos/100 mil habitantes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). “O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública” elaborado pelo Ministério da Saúde através da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT) tem como objetivo “acabar com a tuberculose como problema de saúde pública no Brasil, atingindo a meta de menos de 10 casos por 100 mil habitantes, até o ano de 2035” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), alguns fatores como: a pobreza, a má administração dos programas de controle da TB, o aumento dos casos em regiões com alta prevalência do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a falta de planejamento urbano adequado em áreas de rápido crescimento populacional, justificam a doença como um sério problema de saúde pública atualmente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Essa ameaça aflige principalmente a vida dos cidadãos socialmente mais vulneráveis em função da proliferação do bacilo de Koch, causador da patologia que ocorre através de ambientes onde não há circulação de ar renovado e incidência solar, alta concentração de pessoas por metro quadrado e saneamento básico precário (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

O estudo da relação entre o homem e o meio em que vive é extremamente importante para a compreensão da dinâmica de contaminação da tuberculose e de outras doenças. Essa relação ao longo dos anos, tornou-se cada vez mais complexa devido a processos como globalização e o intenso crescimento populacional nas áreas urbanas, acarretando a produção de territórios que são espaços definidos e delimitados por e a partir de relações de poder (SOUZA, 2011).

Para acompanhar a constante mudança da sociedade, as pesquisas sobre doenças precisaram crescer em consonância já que a ocupação social de um determinado espaço, produz novos usos e funções para esse recorte, criando assim um perfil territorial, que se de um lado apresenta as diferentes relações sociais, possibilitando a investigação sobre a apropriação/dominação desse espaço e sua relação com a saúde, de outro, torna-se importante

para o planejamento e implementação de ações práticas que permitam diminuir os impactos da tuberculose, como: detecção precoce dos casos, acompanhamento dos pacientes infectados e contactantes ¹ e a busca dos que abandonaram o tratamento.

O território deve ser considerado mais que uma mera referência geográfica, e sim compreendido como um processo social e político que está em constante reconstrução, a medida que envolve um conjunto de agentes ou grupos definidos, em que se integram e interagem às condições de trabalho, renda, habitação, educação, meio ambiente, a cultura e as concepções acerca da saúde e da doença (PINTO, 2014, p. 27).

No Brasil, as ações práticas relatadas, devem ser realizadas de forma constante e prioritária pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) devido a sua característica de proximidade geográfica com as comunidades a que são destinadas, onde facilita tanto o ingresso dos pacientes a UBS quanto a inserção dos profissionais de saúde no território a ser acompanhado. Tais profissionais fazem parte de uma equipe multidisciplinar do programa Estratégia Saúde da Família (ESF) que buscam uma maior interação entre a população e a UBS, isso permite que se conheça melhor o paciente, a família e a vizinhança, garantindo uma maior adesão do usuário aos tratamentos e às intervenções propostas pela equipe de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um dos profissionais que compõe a equipe da ESF, onde possui um destaque no controle da TB no território, identificando possíveis novos casos e acompanhando de perto os pacientes em tratamento através das visitas domiciliares. Tais cuidados são extremamente importantes devido aos fatores de risco dos pacientes e a dificuldade dos usuários em levar até o fim do tratamento, que regularmente dura no mínimo seis meses com a necessidade da ingestão diária de comprimidos e realização constante de exames. O abandono do tratamento requer um recomeço e pode trazer consequências sérias para o indivíduo devido a possibilidade de resistência da doença aos medicamentos convencionais, além de poder infectar os contactantes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Cardozo *et al.* (2015, p. 89) apontam a importância do ACS na busca dos sintomáticos respiratórios (SR); “Neste cenário, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais ímpares, que assumem protagonismo na execução das ações de identificação de SR na comunidade, no tratamento e na redução do abandono”. O trabalho do ACS no combate à tuberculose é complexo e necessita de conhecimento técnico para perceber sinais e sintomas da

¹ Pessoas do ciclo de convívio do tuberculoso.

doença em um indivíduo, porém seu enfoque não se resume a “examinar” o paciente, mas também compreender o território em que está inserido, observando fatores como: lugares fechados, falta de saneamento básico, qualidade do ar e a própria condição social das famílias (CARDOZO *et al.*, 2015).

O ACS é morador da comunidade e é caracterizado como o elo entre o paciente e os serviços de saúde, esse caráter híbrido do personagem pode proporcionar um maior aprofundamento das ações no território. Neste sentido, Nunes *et al.* (2002, p. 1640) dissertam;

Pode-se dizer que o fato de ser o ACS uma pessoa que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, e ser formado a partir de referenciais biomédicos, faz deste um ator que veicula as contradições e, ao mesmo tempo, a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois saberes e práticas.

O conhecimento do ACS sobre o território precisa estar de acordo com a realidade, apontando as necessidades sociais da população, proporcionando uma melhor inclusão e acolhimento do usuário na rede de serviços. Para que isso ocorra é necessário que o Agente Comunitário de Saúde consiga estar o maior tempo possível presente no território acompanhado, cenário que por muitas vezes não é possível e é neste sentido que a pesquisa se debruçou sob dois aspectos/problemas: processos de trabalho do ACS e características territoriais. O primeiro diz respeito a potencialidade do profissional no território; os processos de trabalho estão convergindo para um melhor aproveitamento do ACS? Qual o tempo médio de ações no território o profissional dispõe? Esse tempo é suficiente levando em consideração a atenção que o acompanhamento da TB necessita? Quais ações de promoção da saúde, prevenção e acompanhamento da TB são praticadas no território? O segundo aspecto a ser estudado diz respeito às características do território; quais fatores podem dificultar o acesso dos profissionais de saúde? Que fatores interferem diretamente no acompanhamento dos pacientes e na realização de ações contra a TB? Qual o impacto da violência no território para as ações de enfrentamento à TB? Até que ponto a situação socioeconômica da população está ligada a prevalência da tuberculose na comunidade do Mandela?

É inadequado pensar que o estudo do território e/ou do ACS seja a solução para todas as adversidades da saúde pública. Fosse assim, a atividade imunológica e o laboratório seriam desnecessários. No entanto, o território pode contribuir em diferentes fases do combate à tuberculose realizado pelo ACS na medida em que revela as áreas mais vulneráveis e propícias ao aparecimento da doença. É a partir daí que tanto o território quanto o Agente Comunitário de Saúde tornam-se imprescindíveis para moldar, da melhor forma possível, as ações da APS com o objetivo de aprimorar as ações de cunho preventivo e ao mesmo tempo evitar a

sobrecarga das ações de caráter corretivo, que muitas vezes em seus casos mais graves são resolvidos em hospitais.

Nesse sentido, o território torna-se uma ferramenta, e deve ser utilizada sempre que a investigação/ação envolver grupos sociais, assim, não é possível entendê-lo ignorando as relações políticas e econômicas que se estabelecem no modelo capitalista de produção (SANTOS; SOUZA; SILVEIRA, 1994), e é a partir do estudo das percepções do Agente Comunitário de Saúde através de sua intensa relação com o território que pode-se compreender com detalhes os diferentes usos e funções espaciais, proporcionando delimitações e informações territoriais mais precisas e contribuir com ações práticas de saúde condizentes com as necessidades da população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a relação do Agente Comunitário de Saúde com o Território na prevenção, controle e acompanhamento da tuberculose na Comunidade do Mandela.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o contexto social e estrutural do Território respeitando suas características e particularidades.
- Caracterizar os casos de Tuberculose nos anos de 2018 a 2020 na comunidade do Mandela.
- Mapear os processos de trabalho do ACS e seu papel no enfrentamento à TB na comunidade do Mandela.

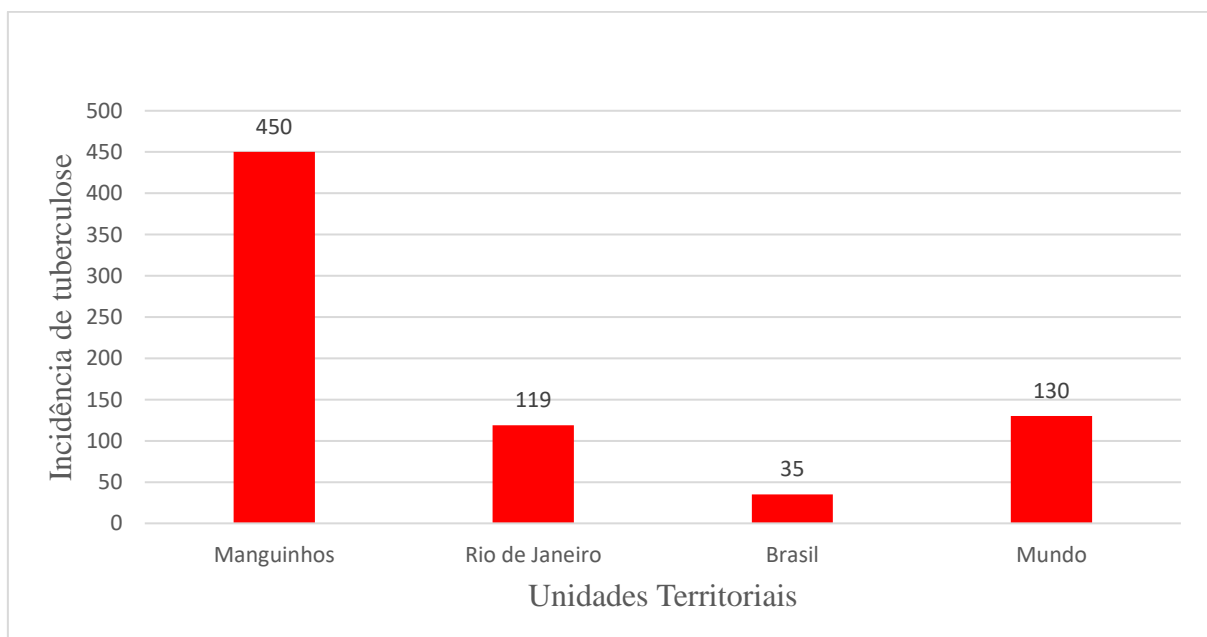
3 JUSTIFICATIVA

Cada vez mais, a Tuberculose vem se tornando uma enfermidade de caráter de determinação social, assolando as camadas mais pobres da sociedade. Seu enfrentamento não pode ser reduzido a procedimentos típicos do enfoque bacteriológico, principalmente nos dias atuais, quando se aprofundam as desigualdades sociais. Portanto, apenas a garantia da medicação e a observação da ingestão do medicamento não são medidas suficientes para controlá-la. A identificação e análise de áreas com maior propensão e incidência da TB, possibilita a escolha de estratégias e intervenções específicas para as necessidades dos moradores, bem como a priorização de recursos, contribuindo assim para diminuir as iniquidades em saúde no território (PINTO, 2014).

Neste sentido, o ACS aparece como um importante aliado no combate à tuberculose por ser um especialista do território em que trabalha, tanto com a visão do profissional de saúde quanto na de morador. Sua relação com o território é de simbiose, qualquer impacto sofrido pelo território é sentido pelo Agente Comunitário de Saúde, bem como qualquer ação em saúde realizada pelo ACS, mais precisamente no que diz respeito a TB, poderá ser de grande impacto positivo por ter a experiência do cuidado ao doente e ter a capacidade de identificar fatores de risco. “O conhecimento da realidade dos indivíduos da comunidade gera subsídios para os ACS planejarem intervenções mais efetivas no âmbito coletivo e individual” (CARDOZO *et al.* 2015, p. 89).

A comunidade do Mandela, o recorte espacial deste projeto, está localizada na Zona Norte da Cidade do Rio de Janeiro no bairro de Manguinhos, que possui um dos piores IDS - Índice de Desenvolvimento Social do município segundo dados de 2010 do Instituto Pereira Passos - IPP com apenas 0,518. Em 2018 foram registrados 162 casos de tuberculose no bairro (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021), considerando o cálculo da incidência para 100.000 habitantes e em comparação com dados em diferentes unidades territoriais, Manguinhos possui o pior índice (Gráfico 1). O bairro de Manguinhos é conhecido por seu complexo de comunidades e pela sede da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, instituição de referência nacional em microbiologia, parasitologia e saúde pública.

Gráfico 1 – Incidência acumulada de tuberculose por 100.000/habitantes do bairro de Manguinhos, do município do Rio de Janeiro, do Brasil e do Mundo no ano de 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2018.

A alta vulnerabilidade social encontrada no Mandela foi constatada a partir de observação prévia realizada pelo pesquisador, onde foram encontrados alguns fatores como: a falta de um planejamento urbano eficaz que englobe políticas públicas como moradia, emprego/renda, educação, segurança e saúde voltadas ao território. O constante crescimento populacional desordenado e consecutivamente uma maior concentração de pessoas por metro quadrado, evidencia ainda mais a ausência dessas ações pelo Estado e torna o ambiente muito favorável a disseminação de doenças como a tuberculose. As condições de vida estão intrinsecamente ligadas a incidência da TB como é descrita por Netto (1991, p.227),

A sociedade não se comporta como um conjunto homogêneo de indivíduos sejam eles virgens de infecção ou infectados. No processo de produção e reprodução dentro das classes sociais as condições de vida são desiguais, levando assim a diferentes níveis de densidade de aglomeração de pessoas no trabalho, nos meios de transporte e nos locais de moradia, que criarão possibilidades diversas de encontros onde poderá acontecer a transmissão da TB.

Apesar de estar inserida ao lado da Fiocruz e possuir duas clínicas da família realizando seu acompanhamento, a comunidade do Mandela possui características que dificultam ações que visam a diminuição de casos e óbitos da tuberculose no território. Fatores como condições precárias de moradia e saneamento básico, alta densidade demográfica e até mesmo a violência são alguns entraves encontrados pelos profissionais de saúde na formulação de estratégias práticas de combate à TB. As características habitacionais em algumas localidades por exemplo, impulsionam a proliferação do bacilo no território devido às construções não possuírem boa circulação de ar renovado e incidência solar, gerando uma preocupação principalmente no contágio dos contactantes, cabendo ao ACS o monitoramento dessas residências que em muitos casos comportam uma família inteira em um único cômodo.

Outra dificuldade encontrada no território de estudo é a acessibilidade, principalmente devido à violência com constantes confrontos armados entre traficantes e a polícia que impossibilita tanto o ingresso dos profissionais na comunidade, quanto a saída dos pacientes em direção a UBS para manter o acompanhamento. Isso impacta significativamente na estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO/DOTS) junto aos pacientes com dificuldade de adesão aos medicamentos, que precisam ser ingeridos diariamente por um período de seis meses, onde a descontinuação acarreta no prolongamento do tratamento e até mesmo resistência da doença (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). O ACS fica responsável por realizar essa supervisão quase que diária da ingestão do medicamento pelo usuário. Neste cenário, o conhecimento sobre o território é imprescindível na montagem de

estratégias que melhor se encaixem em determinadas circunstâncias como em operações policiais ou simplesmente por não encontrar o paciente em seu domicílio.

Para que as estratégias de combate a TB possam obter mais êxito no território da Comunidade do Mandela, é necessário que as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde descritas pelo próprio Ministério da Saúde através da “Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde: Tuberculose” de 2017, sejam devidamente orientadas, fornecendo totais condições a esses profissionais de exercerem tais atribuições, que explicitam e dão ênfase à principal característica do ACS que é de se manter em contato constante com população no território, através de visitas domiciliares para atender às necessidades de saúde dos usuários e relatar aos demais profissionais da equipe para encontrarem as devidas soluções (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Para Scatolin *et al.* (2014, p. 267),

Há fortes evidências de que o atual modelo assistencial limita o desenvolvimento de um trabalho mais coletivo e articulado com as reais necessidades da comunidade. Isso é reproduzido no microespaço do trabalho do ACS, restringindo as ações previstas pelo Ministério da Saúde para a investigação da TB, e se traduz em uma atividade com maior ênfase na dimensão técnica em detrimento da dimensão política.

Neste sentido, para que haja a máxima dedicação que o enfrentamento da tuberculose necessita é preciso de tempo de território para que a potencialidade do ACS seja aproveitada adequadamente e que possa realizar um trabalho em saúde condizente com sua importância dentro da APS.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico da dissertação possui seis principais linhas de estudo: 1 Geografia Médica; 2 Território no processo saúde/doença; 3 Tuberculose; 4 Agente Comunitário de Saúde; 5 Políticas de enfrentamento à tuberculose; 6 Estudos acerca da temática. A primeira contribuiu no estudo da influência do meio para o surgimento de doenças como a TB. A segunda diz respeito a como o estudo/conhecimento sobre o território é importante para compreensão de fatores ligados ao processo saúde-doença. A terceira linha de estudo contou com a descrição da tuberculose bem como fatores suscetíveis ao seu surgimento e prevaletimento. A quarta linha de estudo discute o papel do ACS na APS e a importância de seu trabalho no território. A quinta linha discute as estratégias e metas das políticas de enfrentamento à TB nas diferentes esferas de governo e a sexta linha reuniu estudos já publicados acerca da temática: ACS, Território e Tuberculose para o aprofundamento da discussão.

4.1 Geografia Médica

Hipócrates foi o precursor da Geografia Médica com sua obra “Dos ares, das águas e dos lugares”, há aproximadamente (460-377 a.C) ele desenvolveu uma teoria que entende a saúde como homeostase, isto é, como resultante do equilíbrio entre o homem e seu meio, atribuía como responsáveis pelo surgimento e persistência de uma determinada doença local, fatores como clima, o solo, a água, o modo de vida e a nutrição. Essa observação de Hipócrates colaborou para que comunidades gregas se organizassem na criação de ações preventivas das doenças, onde pensava-se que estas se propagariam através dos fluídos (água, ar, sangue...) (LIMA NETO, 2000; FIOCRUZ, 2007).

As contribuições de Hipócrates e da medicina grega como um todo, chegaram ao Império Romano, que por sua vez também podem ser considerados precursores da área de atuação que hoje chamamos de saúde dos trabalhadores. Diversos naturalistas e poetas observaram que havia relação entre ocupações e enfermidades dos trabalhadores, onde atribuía o adoecimento dos mineiros à pobre ventilação das minas, aos fluidos e vapores tóxicos aos quais estavam expostos diariamente (FIOCRUZ, 2007).

Pessoa (1978, p.87), ressalta as ideias de Hipócrates quando sinaliza que “tem por fim a geografia médica o estudo da distribuição e da prevalência das doenças na superfície da terra, bem como de todas as modificações que nelas possam advir por influência dos mais variados fatores geográficos e humanos”. É o que ressaltam também Lacaz, Baruzzi e Siqueira Júnior (1972, p. 1), quando dizem que “Na geografia médica, o estudo do enfermo é inseparável do seu ambiente, do biótopo onde se desenvolvem os fenômenos de ecologia associada com a comunidade a que ele pertence”. Deve-se considerar todos os fatores desse meio, sejam eles físicos, biológicos ou sociais;

Quando se estuda uma doença, principalmente metaxênica², sob o ângulo da geografia médica, devemos considerar, ao lado do agente etiológico, do vector, do reservatório, do hospedeiro intermediário e do Homem suscetível, os fatores geográficos representados pelos fatores físicos (clima, relevo, solos, hidrografia, etc.), fatores humanos ou sociais (distribuição e densidade da população, padrão de vida, costume religioso superstições, meios de comunicação) e os fatores biológicos (vidas vegetal e animal, parasitismo humano e animal, doenças predominantes, grupo sanguíneo da população, etc.) (LACAZ, BARUZZI e SIQUEIRA JUNIOR, 1972, p. 1).

Para os estudos e aplicações sobre a relação entre a geografia e saúde muito se aprendeu com os conhecimentos de Hipócrates, porém, para Pessoa (1960, p. 14), [...] até o século XVII,

²Transformação ou evolução interna de um hospedeiro.

nada de importante apareceu sobre Geografia Médica que não fosse explicitado no livro “Ares, Águas e Lugares”.

Com o advento das grandes navegações nos séculos XVI e XVII, os estudos de geografia médica receberam um grande impulso e nos séculos XVIII e XIX artigos e livros ampliavam a cartografia da geografia das doenças, os quais na sua maioria mantinham a doutrina hipocrática (ANDRADE, 2000, p. 152).

Fatores relacionados às condições de vida começaram gradativamente a se inserirem como possibilidade de estudo para explicar a incidência de determinadas doenças, como o estudo de Snow em 1855, sobre a distribuição espacial da cólera na Inglaterra, associando-a à distribuição de fontes de abastecimento de água nas localidades afetadas (ANDRADE, 2000, p. 152).

Neste sentido, de acordo com Armstrong (1983 apud PEITER, 2005, p. 6):

A geografia médica tornou-se parte da filosofia grega e do ensino da medicina, bem como ferramenta imprescindível para o diagnóstico e a terapêutica. Os pacientes eram inquiridos a respeito de onde e como vivia, informação que era utilizada na confecção dos diagnósticos. Os pacientes podiam assim, ser aconselhados a procurar tratamento para suas doenças mudando algum padrão de comportamento, estilo de vida ou de ambiente, como a mudança para um clima diferente. A geografia médica tornou-se assim, parte do ensino da medicina ocidental até o final do século XIX.

Desde então, estudos com abordagens e temas relacionados a Geografia Médica ou Geografia da Saúde buscam associar a incidência de diversas doenças e sua distribuição espacial com os fatores referentes ao meio físico como os climáticos, mas também a fatores socioeconômicos. Para Lemos e Lima (2002, p.84) “Na atualidade, está estabelecido que para melhor entender-se o processo saúde-doença em qualquer comunidade, faz-se necessário entender o ser humano no seu meio físico, biológico, social e econômico”.

A esse respeito Barata (1985, p.19) enfatiza:

O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas.

A compreensão desse processo pode possibilitar a identificação e diagnosticar casos de doenças que podem ser características de determinadas localidades e para que se entenda a dinâmica do surgimento e prevaletimento de tais enfermidades, assim uma pesquisa sobre o território é de extrema importância para este trabalho.

4.2 Território no processo saúde/doença

Uma breve investigação etimológica da palavra território pode revelar os significados dessa expressão como “terra pertencente a” – *terri* (terra) e *torium* (pertencente a), de origem latina; ou como “*terreo-territor*” (aterrorizar - aquele que aterroriza) de origem grega (HAESBAERT, 2004).

Para Santos, Souza e Silveira (1994), o território é uma categoria de análise social e se apresenta como o recorte ou fração do espaço qualificado por seu sujeito. “A categoria analítica é o território usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelo homem [...]” (SANTOS, 2003, p. 311). Neste sentido, um perfil territorial é baseado a partir dos usos e funções que cada recorte espacial admite, e que demonstram por exemplo as condições de acesso aos serviços de saúde, exposição a fatores de risco, exclusão socioespacial, entre outros fatores determinantes das situações de saúde em grupos sociais.

Rojas (2008, p. 92, tradução do pesquisador) descreve que as conformações do espaço e do território não são estáticas, tal recorte apenas representa a característica daquele momento e fala da necessidade de acompanhar o desenvolvimento das dinâmicas sociais para que se compreenda o contexto de saúde daquele local,

No espaço e também no território, podem apreender-se múltiplos contextos de informação, uma vez que seu conteúdo reconhece um conjunto específico de condições e recursos ecológico-ambientais, culturais, econômicos e políticos em que a reprodução social ocorre e a vida humana evolui. A informação do contexto de saúde ou de seus determinantes, deve obrigatoriamente dar conta de dados históricos e atuais sobre dinâmicas sociais que são sempre espaço-territoriais e, portanto, temporais em seu conteúdo social e não circunscrito para uma data ou período de tempo.

Para Souza (2011, p. 78) a essência do território se constitui por e a partir das relações de poder,

O território, objeto deste ensaio, é fundamentalmente um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder. A questão primordial, aqui, não é, na realidade, quais são as características geológicas e os recursos naturais de uma certa área, o que se produz ou quem produz em um dado espaço, ou ainda quais as ligações afetivas e de identidade entre um grupo social e seu espaço.

A compreensão sobre todos os aspectos que envolvem a composição do território, permite um olhar mais preciso sobre as reais necessidades da população, principalmente no que diz respeito ao acometimento por doenças de carácter de determinação social e não podem segundo Barcellos (2008, p. 132) ser analisadas e discutidas apenas por um único indicador como a pobreza,

A determinação social da saúde é um fenômeno multidimensional que não pode ser analisado por um indicador único. Os índices ou indicadores sintéticos reduzem a diversidade de situações de saúde e as possibilidades de intervenção sobre esses determinantes. Ao enfatizar a pobreza como determinante principal dos problemas de saúde, são ignoradas outras dimensões que podem afetar as situações de saúde, como as condições ambientais e o próprio papel dos serviços de saúde como estratégia de superação desses problemas. Cabe, nesse caso, desenvolver indicadores específicos e abrangentes que permitam desvendar os diversos aspectos políticos, culturais, econômicos e ambientais das desigualdades em saúde.

Para que se compreenda os diferentes usos do território, a análise das práticas sociais se faz necessária para que se reconheça a rotina em determinados espaços (MONKEN; BARCELLOS, 2005). A abordagem do território nessa concepção permitirá estabelecer relações entre os seus sujeitos e algumas doenças a que são acometidos. Essa relação confere especificidade para cada nicho territorial, onde a relação espaço e processo saúde-doença podem ser entendidos.

Laurell (1982, p.137) “[...] as sociedades que diferem em seu grau de desenvolvimento e organização social devem apresentar uma patologia coletiva diferente” e que mesmo dentro de uma mesma sociedade “[...] as classes que compõem mostrarão condições de saúde distintas”. Os perímetros homogêneos se referem aos limites onde se verificam relações socioespaciais próprias e, por isso também, a manifestação de perfis biológicos próprios, que se adaptam e resultam das condições territoriais locais como é o caso de doenças infectocontagiosas como a tuberculose.

Dentro de uma mesma unidade espacial, como o bairro, coexistem grupos com características sociais e epidemiológicas divergentes. Segundo essa abordagem, as desigualdades são também resultado da capacidade desses grupos de se adequarem e transformarem as condições sociais e ambientais dadas pelo território. A análise das desigualdades em saúde deve incorporar o entendimento da relação dialética entre desigualdade e diferença (MONKEN, 2008, p. 133-134).

O cenário epidemiológico de um determinado grupo pode também ser entendido como uma manifestação do território, onde se compreende determinado comportamento. Trata-se, nesse caso, de “analisar e apreender os aspectos espaciais e funcionais do território [...] e elaborar, a partir daí os critérios para criar perímetros homogêneos no seu interior” (MEYER, 2006, p.39).

A análise do território implica uma coleta sistemática de dados que informam sobre situações-problema naquela população e naquele território, indicando suas inter-

relações espaciais. Identifica vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. Permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de pesquisa, que melhor as operacionalizem e viabiliza o uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento através da microlocalização dos problemas de saúde (MONKEN, 2008, P. 143).

A definição de uma área territorial para implementação de ações práticas em saúde, dependerá propriamente da visão teórica e política do pesquisador/planejador. Aliás, são essas diferentes concepções que fizeram alimentar diferentes abordagens territoriais e cada uma dessas abordagens permitem definir territórios, não só em escalas geométricas variadas, como também com olhares os mais variados (SAQUET, 2007).

Monken (2008, p. 144) também fala do processo de elaboração de diagnóstico territorial,

A fase de informação faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização, com objetivo principalmente descritivo. As variáveis contidas em seus instrumentos de pesquisa devem ser construídas visando à interpretação dos dados, conforme o arcabouço teórico-metodológico.

Também há a importância de meios como: entrevista, mapeamento e produção de imagens em fotografias para a obtenção de informações e dados para a análise territorial (MONKEN, 2008).

4.3 Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa transmitida pelas vias aéreas e provocada em grande parte dos casos pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (também conhecida como bacilo de Koch), podendo ser causada também, embora mais raramente, por outras espécies de agentes como a *Mycobacterium bovis*, *M. africanum* e *M. microti*. A doença afeta principalmente os pulmões e pode atingir outros órgãos do corpo como rins, meninges e ossos. Os principais sintomas da doença são: rápido emagrecimento, tosse com ou sem catarro por mais de três semanas, febre, sudorese noturna, cansaço frequente, falta de apetite, palidez e rouquidão. Quando crianças, tomamos a vacina BCG como forma de prevenção, porém, previne apenas a forma grave da doença (FIOCRUZ, 2021).

Para o Ministério da Saúde (2019, p. 28) “A probabilidade de uma pessoa ser infectada depende de fatores exógenos. Entre eles, pode-se citar a infectividade do caso-fonte, a duração do contato e o tipo de ambiente partilhado”.

O tratamento e orientação dos pacientes infectados além de melhorias nas condições de vida da população, já que a enfermidade está associada à pobreza e à má distribuição de renda

é extremamente importante para evitar o contágio da tuberculose principalmente pelos contactantes (FIOCRUZ, 2021).

Teixeira (2004, p.141) relata que é de suma importância associar a Tuberculose com as precárias condições socioeconômicas da população, estando essa doença diretamente associada às condições do meio e este problema social, deve ser estudado sob uma visão microrregional, local e focal, segundo a abordagem da distribuição espacial.

Pesquisas médicas do século XX evidenciam a relação do ar com a doença. Testes laboratoriais eram feitos em cobaias infectadas pelo bacilo da tuberculose simulando o tratamento em ambientes fechados e aglomerados em comparação com ambientes abertos, ao ar livre. A conclusão para tal teste era a que, em ambientes fechados, o bacilo causador da doença se procriaria com maior facilidade, o que agravaria os casos dos portadores da doença e facilitaria a contaminação dos saudáveis. Dias (1920, p. 28) faz uma reflexão sobre isso:

O ar confinado intoxicando os indivíduos põe-nos em condições de menor resistência, e, não é então de admirar que o bacilo de Koch pulule nos meios onde o ar não é renovado, onde o sol não penetra, nestes ateliers sombrios, nestes redutos escuros, verdadeiros antros da morte, onde trabalha e repousa o operário.

Um único paciente com exame positivo pode segundo o Ministério da Saúde (2019, p. 28) infectar mais de uma dezena de pessoas em uma comunidade ao longo de um ano,

Os pacientes com exame bacteriológico de escarro positivo sustentam a cadeia de transmissão da doença. Estima-se que uma pessoa com baciloscopia positiva infecte de 10 a 15 pessoas em média, em uma comunidade, durante um ano. Entre pessoas que têm contatos duradouros com pacientes com TB pulmonar, aqueles com BAAR positivo no escarro são os que mais transmitem a doença.

Para que essa cadeia de contágio seja interrompida é necessário o rápido diagnóstico da doença e iniciar o quanto antes o tratamento, já que, a transmissão só tende a diminuir gradativamente após 15 dias da ingestão ininterrupta dos medicamentos da fase intensiva.

Segundo o esquema básico de tratamento da TB em adultos e adolescentes do manual de recomendações para o controle da TB no Brasil, o tratamento pode ser dividido em duas partes: a fase intensiva que é de no mínimo dois meses e a fase de manutenção que é de no mínimo quatro meses. Esses seis meses de tratamento além de englobar a ingestão diária de medicamentos, ainda prevê a realização constante de exames e consultas para avaliar a eficácia do esquema terapêutico e risco para os contactantes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A longa duração do tratamento da TB, requer um rigor e atenção por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes, que em muitos casos, acabam abandonando o tratamento pela falta de orientação e desconhecimento dos riscos desse abandono ou pelas reações adversas ocasionadas pelos fármacos como dor articular, febre, náuseas e vômitos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O acompanhamento dos pacientes principalmente em territórios com alta vulnerabilidade social, deve ser feito com uma regularidade que permita garantir que o tratamento está sendo seguido à risca, para isso, o Tratamento Diretamente Observado TDO/DOTS é a estratégia indicada e mais utilizada na Atenção Básica para aumentar a adesão ao tratamento e evitar os abandonos. Idealmente, o TDO/DOTS deve ser feito diariamente principalmente na fase intensiva onde o risco de contágio ainda é grande (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia valiosa para vincular o indivíduo aos cuidados e ao serviço. Além disso, durante o TDO é possível identificar dificuldades enfrentadas pelos pacientes e intervir oportunamente frente a situações que representem riscos à tomada dos medicamentos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 200).

Outras formas de controle da TB no território como a busca de sintomáticos respiratórios e contactantes, tornam-se essenciais devido às características territoriais em que as pessoas estão inseridas, que propiciam a proliferação do bacilo e aumentam as chances de infecção. A informação sobre a difusão espacial e temporal da doença, permite entender a ocorrência desses eventos no território. Além disso, a descrição e visualização da distribuição espacial do evento possibilitam identificar sua associação com características locais, como as condições socioeconômicas (HINO, 2004). Para que todas essas ações de controle à TB sejam efetivas, o conhecimento sobre o território acometido é imprescindível e é neste momento que o Agente Comunitário de Saúde aparece como um profissional capaz de realizar tal detalhamento e enfrentamento à doença.

4.4 O Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde é um profissional da ESF e faz parte de equipe multidisciplinar presente nas UBSs. O manual do ACS (2009, p.24) descreve seu trabalho como uma “extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades”, por ser “um membro da comunidade e possui com ela um envolvimento pessoal” (BRASIL, MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2009). Entre as suas principais atribuições descritas pela Política Nacional de Atenção Básica (2017) estão:

Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área; Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário; Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares; Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos.

Vale destacar que tais atribuições dão conta da necessidade do ACS de se manter em contato direto com o território acompanhado para que sua característica seja aproveitada da melhor maneira possível. Ramos (2007, p. 40) também aborda sobre a importância do trabalho do ACS em loco,

A origem do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) está exatamente nos conhecimentos produzidos pelo trabalho das comunidades, realizado em nível local, voltado para a promoção da saúde e para a prevenção de agravos. Essas ações produziram conhecimentos que contribuíram para os cuidados da saúde dos próprios membros da comunidade.

O enfrentamento à tuberculose neste sentido requer uma atenção redobrada na prevenção e acompanhamento dos pacientes no território. Para evidenciar a importância desse profissional e a complexidade da doença foi criada a “cartilha para o Agente Comunitário de Saúde: tuberculose” que aponta uma série de ações que devem ser desenvolvidas pelo ACS, entre elas estão algumas:

É papel do ACS divulgar para sua comunidade a tuberculose como importante problema de saúde pública atual. Cabe ao ACS, durante a visita domiciliar e durante sua interação com a população, orientar quanto à transmissão aérea da tuberculose e às medidas de prevenção que podem ser adotadas. Cabe ao ACS realizar a busca ativa dos pacientes que não comparecerem ao serviço de saúde quando agendados. O ACS tem papel essencial para o êxito do tratamento, tanto para a realização do TDO como no vínculo e diálogo com o usuário (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O conhecimento do Agente Comunitário de Saúde sobre o território no enfrentamento à TB é uma vantagem que não pode ser desprezada pelos gestores na Atenção Primária a Saúde. Essa relação de proximidade entre o ACS e o território deve ser vista como um caminho importante para a realização de ações de prevenção em locais identificados pelos próprios profissionais como propícios para o surgimento da doença. Atividades educativas e de orientação sobre a tuberculose são importantes, principalmente para os contactantes dos pacientes, neste sentido, Souza e Tocantins (1999, p.21) dissertam “E, se não adotarmos uma conduta preventiva como, por exemplo, o controle dos contactantes, estaremos deixando que o problema fique ainda pior”. Com relação ao acompanhamento dos infectados, o apoio do ACS é fundamental em todo o processo de tratamento para não “perder o usuário de vista” inclusive se houver a necessidade do DOTS que requer que o profissional esteja praticamente todos os dias com o paciente durante os seis meses de tratamento (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A Tuberculose é uma doença que requer tempo e dedicação por parte do ACS que já possui tantos outros pacientes para acompanhar com diversas comorbidades, gestantes, crianças, além de processos de trabalho internos a UBS que estão relacionados a precarização que oneraram o seu tempo de território. Cardozo *et al.* (2015, p. 95) em estudo sobre a busca de sintomáticos respiratórios pelos ACS identificaram que:

Diversos fatores podem influenciar no acolhimento e continuidade das ações pelos profissionais aos SR. Dentre eles, a precarização das relações de trabalho, a incipiência de um plano de cargos e salários, e o distanciamento de uma prática integral e resolutiva, o que abre caminho para o desinteresse e o descompromisso dos trabalhadores com o sistema.

Os autores concluem que:

[...] dentre as ações de busca de casos de TB no território, o ACS reconhece a necessidade do enfrentamento da situação social dos SR e valoriza a formação de vínculo para a resolução das necessidades de saúde dos SR. Quanto à articulação com o serviço de AB para continuidade das ações de diagnóstico da TB, identificou-se fatores que limitam a sua efetivação, tais como a deficiência de estrutura e recursos humanos nas unidades de saúde.

Ao longo dos anos desde sua incorporação ao SUS, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) o ACS vem encontrando obstáculos para se manter como o elo entre a comunidade e a APS devido à falta de incentivos a sua profissionalização, diminuição dos profissionais nas equipes de saúde e desvios de função. Tais obstáculos para o ACS e para

o SUS como um todo são constantemente inseridos devido a uma lógica neoliberal de enfraquecimento das políticas públicas de saúde que privilegia o capital privado através de incentivos a planos de saúde e clínicas particulares (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

A história das políticas de saúde no Brasil, está repleta de negligências principalmente à camada mais pobre e conseqüentemente mais vulnerável de nosso país, o que nos ajuda a entender a importância da luta pela criação, implementação e manutenção do Sistema Único de Saúde, que proporciona por exemplo o tratamento integral e gratuito à pessoa com tuberculose. Mais recentemente a Emenda Constitucional nº 95/2016, aprovada no governo Temer, conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’ ou ‘emenda do fim do mundo’ foi um tremendo golpe pois congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e isso certamente traz impactos para o financiamento de políticas públicas de saúde, que além de reforçar o discurso de parte da população de que o SUS não presta, ainda fortalece e expande o setor privado (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

A Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2006 e revisada em 2011 buscava,

[...] preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 13).

A PNAB de 2011 proporcionou avanços por meio de projetos como o Requalifica SUS e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), além da ampliação de equipes multiprofissionais que se aumentasse a cobertura da ESF no Brasil inteiro. Porém, em agosto de 2017 em meio a uma reorganização das forças políticas conservadoras, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros, surgiu uma nova PNAB. O seu texto vai ao encontro com a lógica liberal onde exime o Estado de definições sobre diversos pontos da AB e deixa ao encargo de gestores regionais decisões chave que sem a transferência de recursos necessários para essa autonomia dos municípios e direcionados por diferentes interesses, podem desconstruir todo um legado de conquistas e direitos adquiridos através das lutas de classe. Os gestores podem por exemplo alterar o número de ACS por UBS de acordo com a necessidade de seu território de abrangência, não há a garantia de um número mínimo de profissionais (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

Deste modo, pode-se compor equipes com apenas um ACS. Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os

parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o ‘elo’ entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturaram por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018, p. 16).

O Agente Comunitários de Saúde foi um dos profissionais que mais sofreu intervenção na PNAB de 2017 e isso certamente impacta na atenção às famílias no território e o distancia cada vez mais de seu propósito, que para o enfrentamento à TB pode significar uma piora significativa do quadro epidemiológico principalmente dos territórios mais vulneráveis.

4.5 Políticas de enfrentamento à tuberculose

A relação do Agente Comunitário de Saúde com o Território é um importante elemento no enfrentamento à tuberculose, porém é importante também que ações e planejamentos que envolvem políticas sociais intersetoriais e entre esferas de governo apareçam com maior frequência para que efetivamente as taxas de incidência da doença possam cair. É o que ressalta Nossa (2008, p. 39) quando diz que:

Enquanto do ponto de vista clínico se procuram debelar os sintomas, actuando sobre as causas, nas patologias com eminente contorno social a clínica apenas pode ajudar a minorar a dor física e o desconforto, sendo que a cura obriga a uma intervenção no corpo social e econômico que enquadra o indivíduo e conforma a sociedade.

Por se tratar de um tema caro ao SUS, será importante contextualizar de que forma o sistema de saúde trata do assunto, para dar uma visão geral do problema até chegar a ponta que são os usuários na comunidade do Mandela. A pesquisa propõe citar algumas políticas existentes e os recursos financeiros investidos para o tratamento da TB.

A nível federal existe o *Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública* que contou com duas fases: a primeira de 2017-2020 e a segunda de 2021-2025, essa última já atualizada com alguns dados levando em consideração a pandemia da Covid-19, porém, ambas as fases possuem basicamente a mesma meta de menos de 10 casos da doença por 100 mil habitantes e limitar o número de óbitos a 230 ao ano, até 2035 no Brasil.

O documento da segunda fase do plano tem como objetivo:

[...] oferecer subsídios para que gestores em saúde e coordenadores dos programas de TB possam planejar, priorizar, implementar e monitorar ações estratégicas de controle da doença, de acordo com as necessidades e as características de seus cenários e

subcenários, no período de 2021 a 2025 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p. 7-8).

O documento reconhece que a pandemia da Covid-19 atrapalhou as ações voltadas à TB, que resultaram na queda de diagnósticos e aumento da mortalidade pela doença e traça objetivos para alcançar as metas:

Para alcançar as metas de eliminação da TB no Brasil até 2035, será necessário fortalecer as estratégias para manutenção do diagnóstico, do tratamento e da prevenção da TB como serviços essenciais à população, e trabalhar de forma engajada para superar os impactos da pandemia e acelerar o progresso em torno dos compromissos assumidos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p. 7).

A operacionalização do plano possui três pressupostos: “Construção de parcerias e a integração entre os entes federados, considerando as competências da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios nas ações de controle da TB”; “Planejamento estratégico, no âmbito local, para desenvolvimento das ações considerando as características dos subcenários epidemiológicos e operacionais da TB e os recursos disponíveis na rede de atenção à saúde” e “Forte engajamento multissetorial e estabelecimento de mecanismos de revisão dos compromissos assumidos” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p. 12).

Os pressupostos conversam diretamente com a necessidade de um olhar mais local, considerando as características de cada território que é um dos temas do presente estudo, porém, não especifica atribuições e nem aponta a importância de diferentes profissionais para colocar essa estratégia em vigor.

No Estado do Rio de Janeiro foi promulgada a *Lei 8.746/20*, que institui a *Política Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro*. Como consequência da lei estadual, foi confeccionado o Plano Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro (2021-2025).

O objetivo central é garantir um conjunto de medidas que permitam reduzir a incidência e a mortalidade por tuberculose, por meio de ações que reestruturem a rede de atenção em seus diferentes níveis, da Atenção Primária à assistência especializada; garantam profissionais em número adequado e devidamente qualificados para as práticas do cuidado e da gestão; ofereçam apoio à população mais vulnerável; e reconheçam as demandas sociais dos grupos afetados pela Tuberculose (GOVERNO DO RIO DE JANEIRO, 2021, p. 3).

O plano estadual coloca como um problema por exemplo a falta de recursos humanos, fala da “...carência de profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, assistentes sociais,

sanitaristas e técnicos em enfermagem para a execução de ações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose.” (GOVERNO DO RIO DE JANEIRO, 2021, p. 17-18), mas não cita em nenhum momento os agentes comunitários de saúde que são peça chave nesse processo de promoção, prevenção e cuidado. Outra curiosidade do plano é que apesar de ter sido publicado em 2021, não houve qualquer menção a Covid-19 e desconsidera os efeitos causados pela pandemia.

Ainda sobre ações realizadas no Estado do Rio de Janeiro, e como consequência da lei acima citada, a Assembleia Legislativa firmou parceria com o Estado, disponibilizando em março de 2021 o valor de R\$ 246,3 milhões que serão repassados ao longo do período de 2021-2025 para o enfrentamento da tuberculose no Estado. Vale ressaltar que esse valor será alocado para diferentes ações como por exemplo para educação permanente (capacitação e qualificação do cuidado e da gestão); Provimento de Recursos Humanos e Desenvolvimento de Projeto Estratégico Inovador para redução da interrupção do tratamento (abandono) (GOVERNO DO RIO DE JANEIRO, 2021).

A Programação Anual de Saúde (PAS) da Secretaria de Estado de Saúde do RJ (SES/RJ) para 2022, possui algumas ações e metas voltadas para a tuberculose, dentre elas estão: “Apoiar a (re)organização da RAS para o cuidado da pessoa com Tuberculose, enfatizando a descentralização das ações para a APS; a regionalização de serviços de diagnóstico; e a integração e regulação do acesso às referências hospitalares”; “Definir em um município selecionado ferramenta para a investigação dos óbitos de coinfeção Aids e Tuberculose”; “Apoiar as nove regiões de saúde no aumento da proporção de cura dos casos novos da tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial”; “Implementar as estratégias previstas no Plano Estadual de Enfrentamento e Eliminação da Tuberculose” e “Executar o Projeto do Pacto - Reforma do Instituto Estadual de Tuberculose Ary Parreiras – IETAP” (GOVERNO DO RIO DE JANEIRO, 2022).

Em maio de 2022, foi disponibilizado pela própria SES/RJ o documento “Matriz com análises e considerações sobre as metas da PAS 2022” com Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), dentre as ações e metas acima citadas, “Apoiar as nove regiões de saúde no aumento da proporção de cura dos casos novos da tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial” obteve uma maior análise onde segundo o relatório, atingiu 100% da meta nesses primeiros quatro meses de 2022. O Relatório ainda fez algumas considerações:

Repasse aos 92 municípios do recurso específico para auxílio alimentação dos doentes com TB; repasse do recurso do fundo estadual para a OPAS; reuniões com programa nacional e 16 municípios prioritários; encaminhamento das contratações de

enfermeiras, sanitaristas e assistentes sociais para apoio aos 16 municípios de maior carga da doença (GOVERNO DO RIO DE JANEIRO, 2022, p. 41).

Deve-se verificar nos próximos relatórios da SES/RJ ao longo de 2022, se as demais ações foram realizadas e se as metas para a tuberculose foram alcançadas.

É importante sinalizar que, para que tais ações sejam desenvolvidas adequadamente é necessário compactuar as estratégias e metas com os municípios (GOVERNO DO RIO DE JANEIRO, 2021). O município do Rio de Janeiro não tem ainda um plano desenvolvido como o federal e o Estadual, mas, foi promulgada recentemente a *lei nº 7.286 de 31 de março de 2022 que Institui a Política Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município* que já prevê um plano de mesmo nome “destinado a propor ações e projetos e a articular as políticas públicas da área com a União e o Estado do Rio de Janeiro” (RIO DE JANEIRO, 2022).

Também em março de 2022, a secretaria municipal de saúde lançou o “Boletim Epidemiológico: Tuberculose no município do Rio de Janeiro, perspectivas e desafios” onde revisou algumas metas e resultados como as taxas de incidência em que pretendia diminuir em 20% e de mortalidade em 35% de 2015 a 2020, mas, nenhuma das metas foram alcançadas, a incidência aumentou em 16% e a mortalidade diminuiu apenas 27,3%. Outras metas como obter a cura de 85% de casos novos de TB e detecção de TB em sintomáticos respiratórios em 1% da população, também não alcançaram 100% das metas previstas (RIO DE JANEIRO, 2022).

Em 2006 o Ministério da Saúde através da *Portaria nº399, de 22 de fevereiro de 2006 Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto* que contempla a participação dos gestores das esferas federal, estadual e municipal a partir de uma unidade de princípios (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) que visava três dimensões,

[...] Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS – possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam a alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 p. 5-6).

No que tange a Tuberculose a doença foi inserida no Pacto pela Vida dentro do tema “Fortalecimento da Capacidade de Respostas às Doenças Emergentes e Endemias, com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza”, mas, dentre os objetivos e metas desse pacto de 2006 há apenas o alcance de, pelo menos, 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano, essa meta ainda está bem distante de ser

batida, em 2019 a proporção de cura foi de 70,1% (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Todos os planos abordam a necessidade de articulação de políticas entre as esferas de governo, porém é importante ressaltar até que ponto a dissonância entre os diferentes níveis que se tem hoje, principalmente levando em consideração a experiência com a pandemia da Covid-19 e a calamidade que o país enfrentou, prejudicará o alcance dos objetivos que os planos à princípio esperam.

4.6 Agente Comunitário de saúde, Território e Tuberculose, estudos acerca da temática

A literatura acerca da temática, apesar de ainda não possuir um lastro condizente com sua importância, vem crescendo nos últimos anos principalmente pelo interesse de aprofundamento do papel e atividades atribuídas aos agentes comunitários de saúde no enfrentamento a tuberculose no Brasil e no mundo. O conhecimento do profissional sobre o território é apontado como essencial para as ações de prevenção, controle e acompanhamento dos pacientes com TB, porém vale ressaltar que dilemas e dificuldades que permeiam o dia a dia do seu trabalho também estão presentes. Cardoso *et al.* (2020) ao analisarem ações de prevenção e controle da TB na atenção primária, contrastaram duas diferentes realidades a partir das percepções e práticas dos agentes comunitários de saúde, uma urbana representada por uma localidade de uma comunidade do município Rio de Janeiro no Brasil e outra rural do vilarejo de Agaro na Etiópia. Apesar de territórios bem distintos os ACS relataram dificuldades semelhantes no enfrentamento à tuberculose:

As dificuldades comuns relatadas em ambos locais dizem respeito à identificação dos casos suspeitos, ao abandono do tratamento e à sobrecarga de atividades. Outras estão mais vinculadas aos contextos (CARDOSO, GCP *et al.*, 2020, p. 2932).

Com relação especificamente aos ACS da UBS da comunidade do Rio de Janeiro os autores apuraram que:

Entre os ACS no RJ, são relatados falta de material e de parceria no território, falta de ajuda dos profissionais técnicos, medo de se infectar com TB e as condições de moradia das pessoas (CARDOSO, GCP *et al.*, 2020, p. 2932).

Tanto na comunidade do Rio de Janeiro quanto no vilarejo de Agaro, algumas características territoriais e processos de trabalho foram apontados pelos ACS como questões que impactam diretamente nas práticas de controle, prevenção e acompanhamento da tuberculose. Com relação aos processos de trabalho, chamou a atenção a fala sobre “sobrecarga

de atividades” que pode estar ligada a alta vulnerabilidade social encontrada nos dois territórios e por consequência demandar mais trabalho ou também pode estar ligada a atividades que não são necessariamente do escopo do profissional, onerando sua participação nas atividades de enfrentamento à TB. No caso do Rio de Janeiro, a falta de parceria no território e de ajuda dos profissionais técnicos relatados pelos ACS expõe uma carga de responsabilidade ao profissional que pode comprometer toda a ESF, neste sentido, Nepomuceno *et al.* (2021, p. 1637) discorrem que “os ACS exercem melhor o papel de articulador da ESF nos territórios, quanto maior forem os espaços de diálogo entre eles, os demais membros da equipe e a gestão”. Cardoso *et al.* (2020, p. 2935) recorrem a um cuidado especial para com o Agente Comunitário de Saúde: “Supõe por parte dos ACS um trabalho singular, de contínuo exercício de criatividade, e por parte dos gestores um cuidado especial com este ator que ocupa um lugar estratégico nas ações de prevenção e controle da TB”

Nepomuceno *et al.* (2021, p. 1643) discorre um pouco sobre os motivos de um trabalho tão singular realizado pelo ACS no território:

Os desafios do território e de cada particularidade dos usuários da ESF são mobilizadores para o aprendizado dos ACS. O significado se configura por meio da necessidade sentida de desenvolver conhecimentos e habilidades para responder às demandas das famílias.

A especificidade do trabalho do ACS no enfrentamento à tuberculose, aparece também em Cardozo *et al.* (2015) que analisaram a busca dos sintomáticos respiratórios no território pelos ACS, tendo como recorte um município do interior do Rio Grande do Sul. As entrevistas feitas aos agentes comunitários de saúde revelaram estratégias utilizadas para a detecção dos casos:

O relato mostra que a investigação do SR não acontece mediante a abordagem e questionamento direto da pessoa com sintomas relacionados à TB. Utiliza-se do diálogo com conteúdos voltados para identificação de problemas ou doenças na família. Esta abordagem inicial possibilita ao ACS investigar a presença dos sintomas da TB e o período de aparecimento (CARDOZO *et al.* 2015, p. 90).

Os autores também chamam atenção para a importância do vínculo dos ACS com a comunidade na identificação dos SR:

O trabalho do ACS caracteriza-se pela legitimidade e aceitação da comunidade, pela abordagem ampliada da família, pelo estabelecimento e manutenção do vínculo e pela articulação com os profissionais e unidades de saúde, constitui-se num elemento essencial na identificação do SR para o diagnóstico da TB (CARDOZO *et al.* 2015, p. 92).

No entanto, somente o vínculo e o conhecimento do ACS sobre as famílias no território não são suficientes para a busca dos sintomáticos respiratórios e por consequência o diagnóstico, algumas ações na rede de serviço precisam ser melhoradas.

O ACS fez apontamentos relevantes quanto aos aspectos que precisam melhorar na rede de saúde para potencializar as ações de BSR (abordagem a família, ética, privacidade no atendimento, acesso à UBS, número de atendimentos, reuniões internas de equipe e com o Programa de Controle da TB e cursos ou capacitações) (CARDOZO *et al.* 2015, p. 93).

Por fim, os autores conferem um papel integrador ao ACS:

Por serem integrantes da comunidade, tendo como local de trabalho o território onde vivem, os ACS transitam entre o saber popular e o científico, o que lhe confere singularidade, capaz de potencializar seu trabalho. Assim como o reconhecimento da TB como um problema com raízes sociais, o que viabiliza sua atuação como agente transformador nas visitas domiciliares, fazendo a conexão entre a comunidade e a equipe da unidade de saúde (CARDOZO *et al.* 2015, p. 94).

Outro tema abordado quando se leva em consideração a efetividade das ações contra a tuberculose realizadas pelos ACS diz respeito ao nível de conhecimento do profissional sobre a doença. Maciel *et al.* (2008) em um estudo realizado no município de Vitória no Espírito Santo com 105 agentes comunitários de saúde observaram que,

[...] um maior tempo de atividade está relacionado com um aumento do nível de compreensão em torno da doença, bem como das atividades efetivamente realizadas no controle da tuberculose. Contudo, de maneira geral, os conhecimentos e as ações do agente comunitário de saúde mostraram-se muito falhos. Entende-se que com melhorias na educação permanente desses profissionais seria possível uma maior contribuição deles para o aumento da detecção de novos casos na comunidade e para maior adesão dos pacientes ao tratamento (MACIEL, E.L.N. *et al.* (2008, p. 1385).

Tal conclusão se aproxima do resultado do estudo de Gaspar *et al.* (2019) realizado no município de Recife em Pernambuco que também avaliou o conhecimento e práticas dos ACS sobre a tuberculose,

[...] o estudo mostrou que uma parcela considerável dos ACS possuía níveis insatisfatórios de conhecimento sobre TB. Considerando-se a relação entre o conhecimento e as boas práticas sobre TB, cujos resultados deste estudo corroboram essa evidência, conclui-se que esse problema pode estar contribuindo para a manutenção dos indicadores desfavoráveis do programa no município (GASPAR, L.M.S. *et al.* 2019, p. 3822)

Com relação aos fatores que devem ser levados em consideração para uma melhor difusão do conhecimento sobre a TB e consecutivamente melhores práticas, os autores observaram,

[...] a importância que o tempo possui na formação do agente comunitário de saúde e no bom desempenho de suas atividades. Torna-se compreensível, portanto, que todos os pré-requisitos levantados para o bom andamento dos programas de saúde que incorporaram os agentes comunitários de saúde converjam para a manutenção de pessoas bem selecionadas e remuneradas, realizando atividades compatíveis com seu nível educacional, que recebem treinamento constante e supervisão adequada (MACIEL, E.L.N. *et al.* (2008, p. 1384).

Assim, ações voltadas à melhoria da gestão do programa no âmbito municipal, com ênfase nas ações de capacitação, educação continuada e supervisão do programa no nível da atenção primária, são essenciais para a melhoria dos indicadores de desempenho (GASPAR, L.M.S. *et al.* 2019, p. 3822).

Os estudos apresentados reforçaram o papel integrador do ACS, conectando a comunidade ao serviço de saúde devido sua facilidade na criação de vínculos, que para o acompanhamento da tuberculose no território é imprescindível levando em consideração a especificidade da doença. As pesquisas também evidenciaram que a rotina de trabalho desses profissionais é cheia de dilemas e desafios e que estão relacionados a processos de trabalho como a sobrecarga de atividades e características do território como a condição de moradia dos usuários.

Se por um lado o conhecimento do ACS sobre o território é amplo, por outro, o conhecimento sobre a tuberculose é um ponto que precisa melhorar para que as práticas de combate à doença sejam mais efetivas, neste sentido, uma educação continuada e treinamentos são alguns caminhos que podem auxiliar na difusão desse conhecimento.

5 ABORDAGEM METODOLÓGICA

5.1 Tipo de Pesquisa

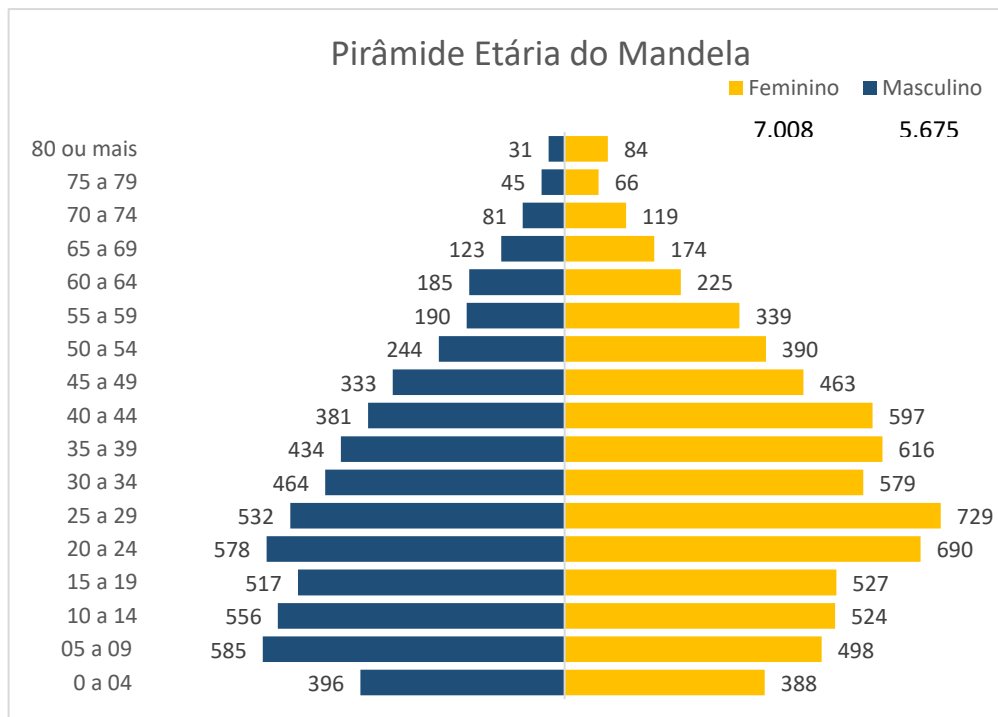
Foi realizado um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com três diferentes etapas: Etapa 1 – estudo de observação de campo e das entrevistas com ACS sobre suas áreas de atuação, que permitiram a identificação do contexto social e estrutural dos territórios, como situações de moradia e saneamento, para que se conseguisse definir características que ajudam a explicar a incidência da TB e possíveis dificuldades do ACS no acompanhamento dos pacientes no território, essa etapa contribuiu com o primeiro objetivo específico da pesquisa;

Etapa 2 – Identificação e análise da incidência de casos de tuberculose, Classificação Internacional de Doenças - CID A15 estratificados por sexo e a faixa etária da Comunidade do Mandela, essa etapa contribuiu para o segundo objetivo específico da pesquisa; Etapa 3 – Análise dos processos de trabalho e percepções dos ACS sobre a incidência dos casos de tuberculose no território a partir das entrevistas realizadas, essa etapa contribuiu para o terceiro objetivo específico da pesquisa.

5.2 Recorte Espacial da área de estudo

Todas as etapas do estudo tiveram como recorte espacial a Comunidade do Mandela, que cresceu em torno de um conjunto habitacional batizado com o nome do líder sul-africano, em 1990. Localizada no bairro de Manguinhos, no Rio de Janeiro, Brasil, considerando dados do período de primeiro de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2020 possui uma estimativa populacional de 12.683 habitantes, número esse obtido do somatório de cidadãos ativos no banco de dados de cada uma das equipes de saúde que acompanham a comunidade, levando em consideração a cobertura de 100% das equipes sobre os moradores. Percebe-se no gráfico 2 de pirâmide etária do Mandela que é uma pirâmide adulta onde a população economicamente ativa (20 a 64 anos) é a maioria, assim como pessoas do sexo feminino.

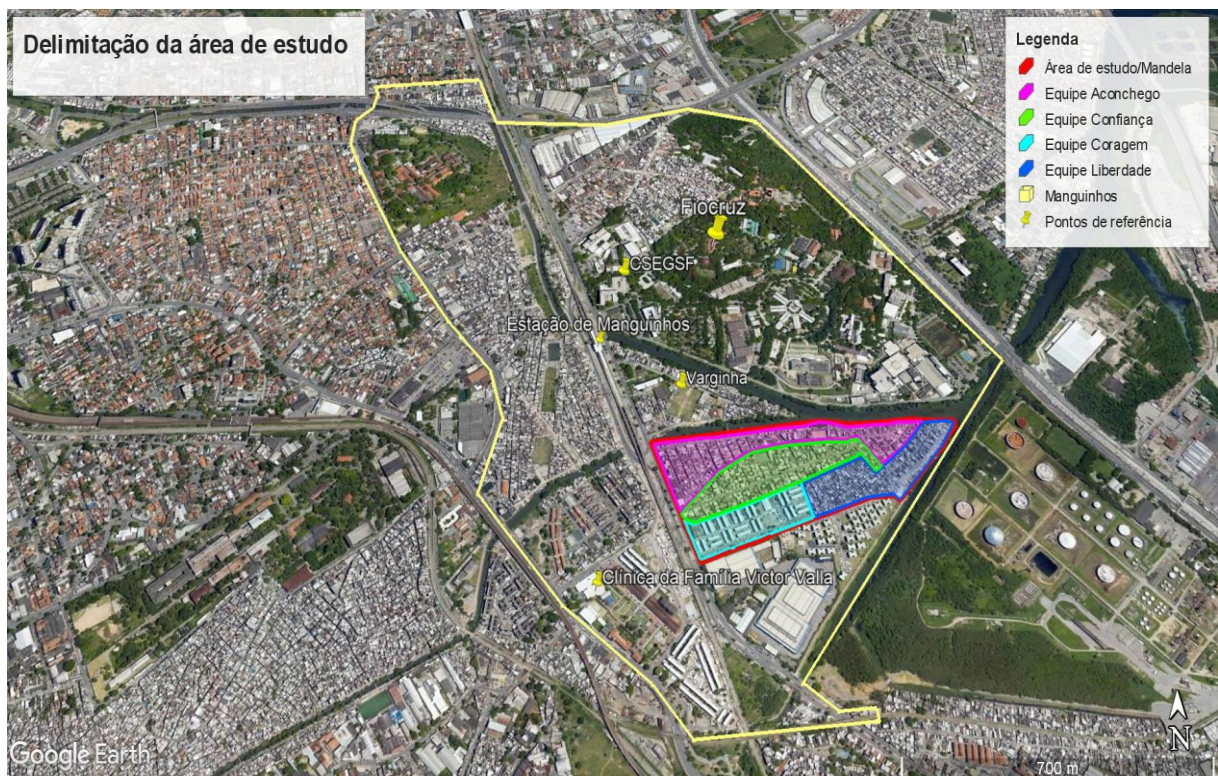
Gráfico 2 - Pirâmide Etária da Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, em 2022.



Fonte: Elaborado pelo autor com base no relatório de cadastro individual do E-SUS, 2022.

As análises ocorreram sob as localidades da comunidade conhecidas como: Terreninhos, Prédios da Embratel, Mandela Um e Mandela Dois que durante o período compreendido foram acompanhadas pela Clínica da Família Victor Valla, representada pelas equipes Liberdade, Coragem e Confiança e pelo Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – CSEGSF através da Equipe de Saúde Aconchego respectivamente (Figura 1).

Figura 1 - Bairro de Manguinhos e recorte espacial da área de estudo com a delimitação da área de abrangência das equipes de saúde do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria e da Clínica da Família Victor Valla que atuam na Comunidade do Mandela, 2021.



Fonte: Google Earth Pro (modificado pelo autor), 2022.

5.3 Base de dados

5.3.1 De tuberculose e demográficos

Os dados referentes ao número de casos de TB estratificados por sexo e idade dos anos de 2018, 2019 e 2020, foram extraídos do Livro Verde da Tuberculose das equipes de saúde Liberdade, Confiança e Coragem, vinculadas a Clínica da Família Victor Valla; e, da equipe Aconchego vinculada ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) onde os dados foram disponibilizados pelo setor de vigilância em saúde da unidade.

Os dados demográficos da área de estudo utilizados foram: número de habitantes, estratificado por sexo e idade. Como não há uma delimitação ou contagem populacional oficial especificamente do recorte espacial, foi solicitado também junto às UBS o número de usuários

cadastrados nas equipes de saúde Aconchego, Confiança, Liberdade e Coragem estratificados por sexo e idade, esses dados tornaram-se a base para o cálculo populacional da Comunidade do Mandela neste presente estudo.

O levantamento do número de habitantes e de casos de tuberculose estratificados por sexo e idade na comunidade do Mandela, proporcionou em primeiro lugar a realização de cálculo de incidência da doença nos anos de 2018, 2019 e 2020. Vale salientar que o cálculo de incidência dos anos de referência, foram realizados tendo como base o total de indivíduos cadastrados no ano de 2022 que serviu como estimativa populacional do Mandela. Logo após, foram identificados os períodos de maior ou menor incidência da TB que possibilitou no processo seguinte que se verificasse os possíveis fenômenos envolvidos. Foi observado também a partir dos dados de sexo e idade se a doença acomete em maior quantidade um grupo específico. Por fim, foram identificadas as equipes de saúde mais afetadas para que consecutivamente se averiguasse se havia alguma relação com as características territoriais encontradas durante a observação de campo.

5.3.2 Entrevistas

A caracterização do Território, os processos de trabalho e percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a tuberculose no Mandela foram obtidos através de entrevistas realizadas junto aos próprios ACS das equipes de saúde: Aconchego do CSEGSF e Liberdade, Confiança e Coragem da Clínica da Família Victor Valla. Inicialmente seriam entrevistados três profissionais de cada equipe para que se obtivesse um total de 12 participantes, este critério foi criado para abarcar a metade do número de ACS de cada equipe, porém, devido a indisponibilidade de ACS na equipe Liberdade durante o período de entrevistas, só foi possível entrevistar dois profissionais dessa equipe e para que ainda se obtivesse a quantidade prevista de participantes foi acrescentado mais um da equipe Confiança, ficando assim com quatro entrevistados. A escolha dos participantes ocorreu pelo tempo de serviço, onde foram convidados a participar da pesquisa os que possuem maior tempo de trabalho como ACS no território.

A baixo, a Tabela 1 ilustra através das variáveis: Faixa etária, Sexo, Raça/ Cor, Tempo de trabalho como ACS no Mandela e Escolaridade o perfil dos participantes do estudo que foram peça chave nesta pesquisa.

Tabela 1 - Características dos participantes da pesquisa, 2022.

Faixa Etária	Valor Absoluto	Percentual
30 -39	6	50
40 – 49	6	50
Sexo		
Feminino	9	75
Masculino	3	25
Raça/Cor		
Preta	5	41,6
Parda	6	50
Branca	1	8,3
Tempo de trabalho como ACS		
1 - 4 anos	5	41,6
5 - 9 anos	3	25
10 - 14 anos	4	33,3
Escolaridade		
Ensino Médio	7	58,3
Superior Incompleto	4	33,3
Superior Completo	1	8,3

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Para manter nomes dos participantes em sigilo, foi decidido que se usasse os seguintes codinomes: ACS 1, ACS 2, ACS 3, ACS 4, ACS 5, ACS 6, ACS 7, ACS 8, ACS 9, ACS 10, ACS 11 e ACS 12. Na Tabela 1, percebe-se que os participantes da pesquisa possuem idade entre 30 e 49 anos, as mulheres formam a maioria dos participantes com 75% da amostra. Metade dos entrevistados se autodeclararam pardos, cinco se autodeclararam pretos e um branco. Sobre a escolaridade, 58,3 % possui Ensino Médio Completo, 33,3% Superior Incompleto e 8,3% ou 1 com Superior Completo.

Com relação ao tempo de trabalho como ACS no Mandela, pode-se concluir que mais da metade dos entrevistados possui cinco anos ou mais de acompanhamento de pacientes no território aqui estudado, esse dado é importante pois revela a experiência desses profissionais no trabalho que desempenham assim como o conhecimento do território e dos pacientes. Outra informação importante é que cada ACS possui aproximadamente entre 180 e 200 famílias para acompanhar em sua microárea.

As entrevistas foram gravadas em áudio presencialmente respeitando todas orientações de saúde. O roteiro das entrevistas utilizado foi composto por questões semiestruturadas, descrita por Minayo (2010, p.261) como uma entrevista que “combina perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se

prender à indagação formulada”. O roteiro de entrevista (Apêndice B) é constituído por perguntas relacionadas a percepções do ACS sobre o território, processos de trabalho e o enfrentamento da tuberculose.

O tratamento das entrevistas ocorreu a partir da análise de conteúdo, que é descrita por Bardin (1977, p.42) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Na primeira etapa da análise, foi realizada uma escuta ampla e na íntegra de todo o material obtido junto aos entrevistados para organizar e selecionar o conteúdo pertinente a pesquisa. A segunda etapa consistiu em encontrar uma conformidade nas falas para dividi-las em temas. Na terceira etapa foi realizada a classificação dos elementos através de categorização de suas semelhanças e diferenças. A quarta e última etapa foi a interpretação dos resultados que buscou convergir com os objetivos do estudo e conter novas hipóteses e ideias que pudessem ser utilizadas (BARDIN, 1977; MINAYO, 2007). A análise das entrevistas foi realizada com auxílio do software MAXQDA Pro versão 22.1.2.

5.3.3 Observação de campo

Foi realizada uma observação de campo simples, descrita por Gil (2008, p. 101) como: “[...] aquela em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem”. O campo ocorreu em cada uma das localidades que compõem a área de estudo: Terreninhos, Prédios da Embratel, Mandela 1 e Mandela 2 onde foi possível obter informações como condições de moradia, acessibilidade e recursos sociais. É importante salientar que mais de uma equipe de saúde pode acompanhar a mesma localidade, porém em diferentes ruas, quadras e blocos. O campo foi dividido entre quatro dias e em cada dia foi observada uma localidade diferente para obtenção de características territoriais conforme roteiro de observação de campo (Apêndice C).

A análise de observação de campo se constituiu em quatro etapas. Na primeira, com o roteiro de campo e anotações em mãos, foi necessário organizar todo o material por localidade visitada e relatar suas características territoriais. Na segunda etapa foram identificadas possíveis diferenças e similaridades entre as localidades. Na terceira etapa as localidades foram classificadas através de elementos como condições de moradia e saneamento, acessibilidade e concentração de pessoas. Na quarta e última etapa foi realizada a interpretação dos resultados

das etapas anteriores que auxiliaram na criação de um perfil territorial da área de estudo e de cada uma de suas localidades (BARDIN, 1977).

5.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (CEP EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 55653022.2.0000.5241, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SMS Rio) CAAE 55653022.2.3002.5279 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP ENSP) CAAE 55653022.2.3001.5240.

6 RESULTADOS

6.1 Contexto social e estrutural do Território

A análise do contexto social e estrutural da Comunidade do Mandela, foi realizada a partir dos relatos dos Agentes Comunitários de Saúde e da observação de campo feita pelo pesquisador, que ocorreram sob os territórios da comunidade conhecidos como: Terreninhos, Prédios da Embratel, Mandela Um e Mandela Dois (Figura 2).

Figura 2 - Delimitação dos Territórios que compõem a Comunidade do Mandela, situada em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Fonte: Google Earth Pro (Modificado pelo autor), 2022.

As diferenças, particularidades e similaridades entre esses territórios foram evidenciadas a partir da utilização das categorias: “Condições de moradia” caracteriza o modelo de construção empregado nos diferentes territórios e se proporcionam por exemplo uma boa circulação de ar renovado e incidência solar; “Saneamento Básico e organização territorial” fala da manutenção de serviços como tratamento de esgoto, coleta de lixo, conservação dos espaços públicos e organização das construções ao longo do território; “Equipamentos Públicos, Comércio, Serviços, Igrejas e Lazer” corresponde a disponibilidade desses estabelecimentos no território; “Condição socioeconômica da população” descreve principalmente através dos relatos dos ACS a situação econômica das famílias no Mandela, as formas de obtenção de renda e o desemprego e por fim “Acessibilidade” buscou verificar as dificuldades de acesso ao território principalmente no acompanhamento de pacientes (Tabela 2).

Tabela 2 – Síntese da caracterização dos Territórios que compõem a Comunidade do Mandela, no Rio de Janeiro, Brasil, a partir de categorias, 2022.

Categorias/Territórios	Terreninhos	Prédios da Embratel	Mandela Um	Mandela Dois
Condições de moradia	Casas pequenas de alvenaria aglomeradas com poucas entradas de ar e baixa incidência solar. Presença constante de umidade e mofo. Relação nº de pessoas por cômodo altíssima.	Apartamentos originários do PAC com janelas e outras entradas de ar. Boa incidência solar, porém, aos poucos perdem seus atributos pela falta de conservação e construções irregulares.	Condições de moradia distintas ao longo do Território. Casas mais precárias à margem do rio Jacaré com pouca ou nenhuma entrada de ar e baixa incidência solar, além de estarem sujeitas a inundação. A situação melhora um pouco nas quadras a caminho do início da comunidade.	A maioria das casas possuem mais de uma janela possibilitando uma melhor circulação de ar, porém, a alta densidade habitacional inclusive com o intenso crescimento vertical que é uma tendência em toda a comunidade, reduz o ar renovado e principalmente a incidência solar nas vilas que são características no Mandela Dois.
Saneamento básico	Coleta de lixo irregular, realizada apenas nas mediações de outros Territórios. Bueiros entupidos. Sem esgoto à céu aberto, porém, há alagamentos em dias de chuva.	Sem esgoto à céu aberto, porém, muito lixo acumulado nas caçambas e entre os prédios.	Coleta de lixo irregular principalmente na extremidade do Território, saneamento básico precário nos becos e vielas próximos ao rio Jacaré.	Não foi identificado esgoto a céu aberto, mas, a coleta de lixo não aparenta ter uma regularidade já que as caçambas encontradas ao longo da rua principal estavam lotadas atraindo moscas e outros bichos prejudiciais à saúde dos moradores.
Organização territorial	Alta densidade habitacional, processo acelerado de verticalização e enclausuramento das moradias. Ruas e travessas estreitas, sem identificação por nome ou número.	12 blocos de apartamentos que aos poucos dividem espaço com construções irregulares.	É um Território misto. Tentativa de organização por quadras facilitando a identificação de moradias e comércio, além de possuir ruas um pouco mais largas do que é encontrado em outros Territórios como Terreninhos e Mandela 2, porém, em seu interior principalmente as áreas que possuem casas à margem do rio Jacaré não há qualquer organização. Processo acelerado de verticalização e ocupação de espaços.	Percebe-se uma tentativa de replicação de modelo de vilas que circundam a rua principal (Nova Cap) que é a mais movimentada da comunidade do Mandela devido à grande disponibilidade de comércio e serviços.
Equipamentos Públicos	Não há.	Espaço de Desenvolvimento Infantil EDI	Escola Municipal Professora Maria de Cerqueira e Silva	Creche Municipal Samora Machel
Comércios, serviços, igrejas e lazer	Lojas de material de construção, bares, técnicos de refrigeração, cabeleiros e igrejas evangélicas.	Farmácias, mercadinhos, lanchonetes e lojas de material de construção. Serviços como cabeleiros, tatuadores e mecânicos. Igrejas evangélicas. Praça sem Conservação há muito tempo.	Mercados de pequeno porte, farmácia, horti-frúti, açougue, aviário e papelaria. Algumas igrejas evangélicas e a Paróquia São Miguel Arcanjo. Poucos locais de lazer como um campo de grama sintética e a piscina que fica no meio da comunidade, mas, que aparenta não estar em condições para uso.	O Mandela Dois é o centro comercial da comunidade devido à variedade de comércio e serviços encontrados como mercados, lanchonetes, padarias, chaveiros e até agência de viagens. Não foi identificado nenhum espaço público de lazer.
Condição socioeconômica da população	Muitas pessoas desempregadas e renda mensal baixíssima.	Heterogeneidade da condição socioeconômica entre as famílias no Território.	Muitas pessoas desempregadas e com renda afetada devido à pandemia.	Muitas pessoas na informalidade e desempregadas que também foram afetadas devido à pandemia.
Acessibilidade	Não possibilita a entrada de automóveis como carros ou ambulâncias. O único Território que não possui saída para a rua Leopoldo Bulhões. Pode ser acessado pelos outros três Territórios, mas, apenas por becos. Altamente perigoso durante os confrontos armados devido à organização territorial.	Possui uma via principal larga que dá acesso a todos os blocos, mas, há a presença de barricadas e quebra-molas gigantes de concreto que dificultam a entrada de veículos maiores como ambulâncias e caminhões de prestadoras de serviços. Construções irregulares que se consolidam em locais de passagens de pedestres e obstruem calçadas. A violência através dos confrontos armados também é um ponto que dificulta a acessibilidade do local.	Em boa parte do Território é possível fazer o acesso às ruas e as quadras até mesmo por veículos grandes como caminhões e vans de transporte que circulam pela comunidade, porém, há becos e vielas que precisam de uma maior atenção pela dificuldade de acesso às moradias por não haver um saneamento básico apropriado e uma organização que propicie um maior espaçamento nos corredores de passagem. A instabilidade do Território devido aos confrontos armados também impossibilita o acesso com maior frequência.	O acesso à praticamente todas as residências do Território é realizado pela rua Nova Cap, mas devido às construções irregulares que ocupam as calçadas, os pedestres disputam a rua com motos em alta velocidade aumentando o risco de acidentes. Barricadas também foram identificadas ao longo da rua impedindo o acesso de carros maiores como ambulâncias e caminhões de prestadores de serviços. Muitas vilas possuem portões devido a insegurança do Território, mas, dificultam o acesso dos profissionais de saúde no acompanhamento de pacientes. A violência foi o principal tema levantado pelos ACS como problema de acessibilidade.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de observação de campo e entrevistas junto aos Agentes Comunitários de Saúde, 2022.

6.1.1 Terreninhos

O território de “Terreninhos” está localizado no interior da Comunidade do Mandela, possui aproximadamente dois hectares de área total e é o único que não tem uma saída direta para a avenida Leopoldo Bulhões que é a principal do bairro (Figura 2).

É importante salientar que algumas localidades em Manguinhos são bem recentes e estão em constante crescimento, como é o caso de “Terreninhos” que possui esse nome por estar inserida no antigo terreno da empresa de telecomunicações Embratel e é reconhecida pelos moradores do local como “Terreninhos da Embratel” ou simplesmente “Terreninhos”. Durante o período da realização do estudo, a equipe de saúde responsável pelo acompanhamento dos pacientes nesse território foi a equipe Liberdade.

Terreninhos é composto em sua totalidade por habitações do tipo casa de alvenaria que foram construídas sem o devido planejamento pelos próprios moradores. Há um crescimento vertical desordenado e falta de espaço entre as moradias que diminui a acessibilidade, a incidência de luz solar e a circulação de ar renovado em boa parte da localidade (Figura 3).

Foram identificadas muitas construções sem janelas e a maioria das casas que as possuem estão totalmente fechadas. O ACS 12 ao ser perguntado sobre a estrutura das casas e circulação de ar nos Terreninhos constatou que:

Não, circulação de ar lá é zero das casas principalmente porque é geminado uma colada na outra então normalmente é só a porta ou no máximo a porta e uma janela na frente, casas de alvenaria, quantidade de pessoas nas casas tem um mínimo aí de pelo menos três pessoas em cada casa tem lá, pelo menos no mínimo.

Ao longo dos Terreninhos pode-se perceber muitas casas com aparente umidade e mofo nas paredes, evidenciando a falta de incidência solar, ar corrente e a falta de condição dos moradores de realizarem a manutenção das moradias (Figura 4). Quando indagado sobre as principais características dos Terreninhos que mais chamam atenção, o ACS 8 também comentou sobre as condições de moradia:

Boas ou ruins? Porque tem bastantes características ruins em relação á saúde né, as casas são muito unidas, pouca ventilação, não tem irradiação do sol, não entra sol dentro das casas, não é bem ventilada como já falei, muita umidade, muitas casas apresentam umidade, muita umidade dentro de casa, é por aí.

O ACS 8 ainda continua:

Não há boa circulação de ar, não existe boa estrutura, a grande maioria você olha assim de fora até pensa que é uma casinha legal né, mas daí muitas a gente não tem acesso ao interior da casa, mas as vezes você dá aquela olhadinha de leve pela porta pela janela e você já percebe que não.

Figura 3 - Baixa incidência de luz solar na rua 6 do Terreninhos, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.

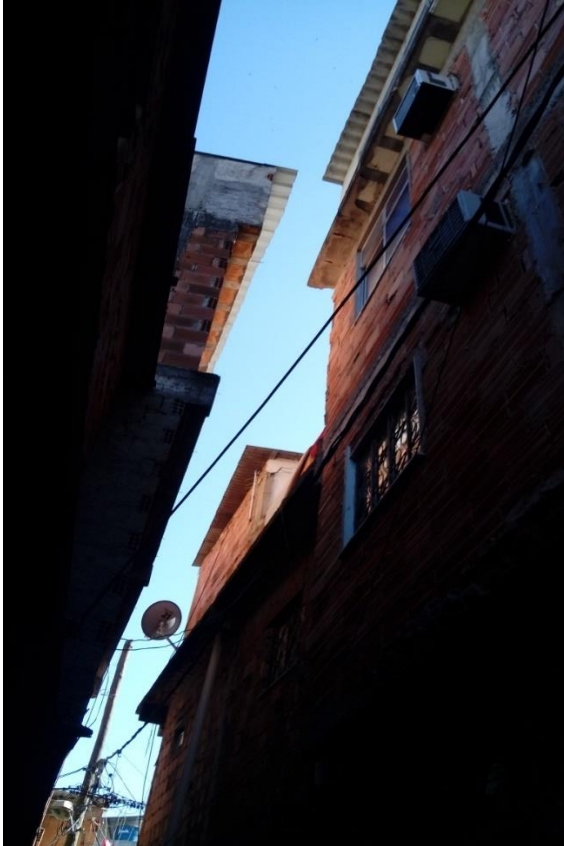


Foto: Arthur Alves, 2022.

Figura 4 – Umidade, mofo e baixa incidência solar em uma das travessas da rua 4 do Terreninhos Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Ao longo da observação de campo, foi verificado que o serviço de coleta de lixo não é realizado de forma regular, a coleta é feita apenas nas mediações da localidade, a limpeza das ruas fica a encargo dos próprios moradores.

Não foi identificado esgoto a seu aberto em nenhum ponto do território, porém, em dias de muita chuva algumas ruas e travessas acabam ficando inundadas. O ACS 12 quando perguntado sobre a característica dos Terreninhos que mais lhe chamava atenção respondeu:

Cara difícil responder essa pergunta...é um lugar muito insalubre, lá não tem esgoto a céu aberto, mas, tem muito problema com entupimento dos bueiros a maioria das ruas lá hoje está assim, quer dizer a maioria não, mas boa parte delas, sem ventilação nenhuma lá é muito fechado, basicamente isso.

Figura 5 - Organização das casas na rua 4 do Terreninhos, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Figura 6 - Construção de novas moradias em uma das travessas da rua 6 do Terreninhos, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.

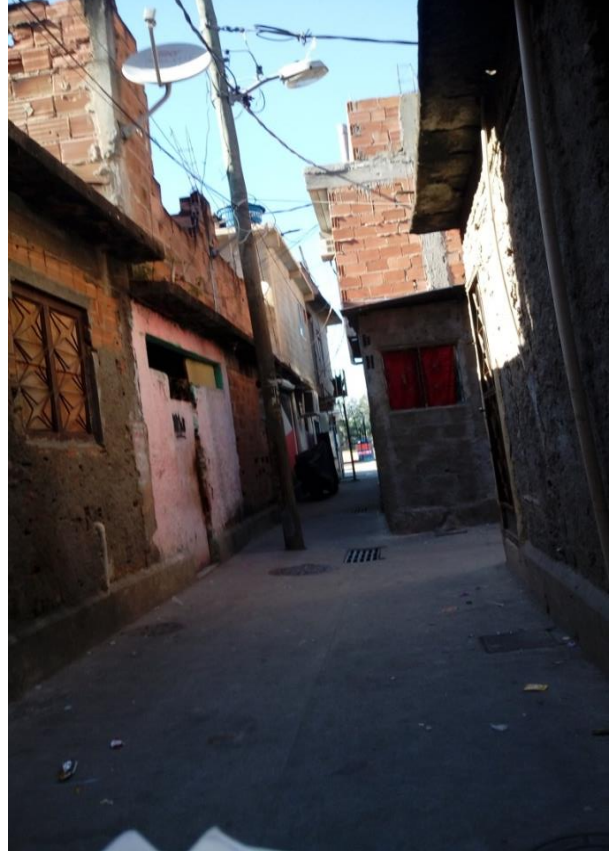


Foto: Arthur Alves, 2022.

Terreninhos possui um cenário de maior vulnerabilidade social em comparação às localidades ao seu entorno, que se agrava com o seu contínuo crescimento desordenado e pela falta de planejamento urbano voltado para a realidade dessa comunidade (Figura 5 e 6). Sobre a organização e planejamento o ACS 8 discorreu:

Assim eu olho até que teve um planejamento, mas pelo que eu vejo não foi um planejamento de pessoas profissionais até porque na época eu morava dentro do território e eu vi como foi feita essa divisão né, não foi planejamento por profissionais então como foi feito não foi pensado isso que eu digo dentro dos terreninhos que é a área que eu trabalho, não foi pensado nessa parte da ventilação, quando foi na questão do Mandela, quando foi construída as casas do Mandela foi feito por profissionais no caso foi feito pela prefeitura e então foi pensado, mas nos terreninhos não, não foi pensado.

Tal vulnerabilidade está nítida ao nos depararmos com a disposição das casas que foram e continuam sendo construídas sem o devido planejamento, foram identificadas casas que se tornaram verdadeiros “prédios” de 5 andares (Figura 7).

O crescimento vertical somado ao pouco espaço entre as moradias traz problemas a própria população no que diz respeito a possíveis acidentes como desmoronamentos e a

potencialização do surgimento de doenças, principalmente as de ordem infectocontagiosa como a tuberculose.

As casas no Terreninhos estão quase em sua totalidade em área de sombra o dia inteiro, a luz do sol não consegue penetrar. Outro problema identificado foi a falta de circulação de ar renovado que se agrava a medida das construções de novas casas.

A falta de lugar para construir, vem fazendo com que os moradores criem alternativas para expandirem suas moradias, a Figura 8 mostra um perfil de construção que vem se repetindo ao longo das ruas dos Terreninhos, construção essa que liga duas casas em quadras opostas através de uma laje, enclausurando ainda mais as moradias do local.

O crescimento vertical no Terreninhos evidencia uma necessidade de expansão das moradias para abrigar novos membros no local, tanto por parte do crescimento das famílias quanto de novos residentes, este último fator ocorre principalmente como uma forma de fonte de renda alternativa com a construção de quitinetes.

Figura 7 – Crescimento vertical e o curto espaço Entre as quadras na rua 5 do Terreninhos, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Figura 8 – Conexão entre duas quadras opostas através de uma laje na rua 3 do Terreninhos, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

A localidade não dispõe de nenhum aparelho público como escolas, creches ou locais de lazer em seu interior, por outro lado, foram identificadas algumas igrejas evangélicas que estão presentes ao longo das ruas dos Terreninhos. Comércio como bares, loja de material de construção e vendinhas além de serviços como técnicos de refrigeração e cabelereiro também foram vistos. O ACS 12 reforça a presença de muitos comércios e igrejas nos Terreninhos e aponta o baile funk como forma de lazer:

Lazer tem baile funk, lá não tem parque, tem aqui né...é lá tem baile funk, tem bastante igreja evangélica principalmente, tem uma igreja católica grande lá que recebe bastante gente, basicamente isso. Bastante comércio dentro dos Terrenos principalmente você encontra lá pelo menos uma barraquinha a cada sei lá dez casas tem uma barraca, alguma coisa assim.

Já o ACS 8 além de confirmar a disponibilidade de comércios e igrejas é taxativo ao afirmar a falta de lazer no território: “Existe comércios, eles dão o jeito deles né de trabalhar e ganhar, existe igrejas não sei dizer quantas, acho que agora tá com umas três igrejas por ali, três ou quatro ali. Lazer nenhum”.

Apesar de não haver escolas ou creches nos Terreninhos, o ACS 12 ao ser perguntado sobre a dificuldade de acesso aos equipamentos educacionais pela população, destaca a disponibilidade desses equipamentos públicos em territórios vizinhos, porém, o acesso desses moradores quase não ocorre:

Dificuldade de acesso não, mas, dificuldade da informação chegar até eles sim. Tem escola, tem creche, tem uma biblioteca que funciona meia boca, mas tem, tem o CRJ que é o Centro de Referência da Juventude que voltou a funcionar, mas a ocupação desse espaço por parte principalmente desses moradores aí dos terrenos é praticamente zero, essa informação não chega lá.

A insuficiência de creches, escolas e outros equipamentos educacionais, somados a falta de programas sociais eficazes de geração de emprego e renda direcionadas aos moradores do local, vulnerabiliza e agrava ainda mais a situação socioeconômica da população. Ao ser perguntado sobre se há muitas pessoas em situação de desemprego nos Terreninhos, o ACS 12 respondeu que: “A sensação que dá é que a maioria sim, a maioria lá é desempregado, uma renda mensal baixa talvez no máximo um salário e meio por aí”.

O ACS 8 também relata que o desemprego atinge muitas pessoas nos Terreninhos e que devido a essa dificuldade dos moradores, recebe muitos pedidos de ajuda e que tenta auxiliar de alguma forma, mas também cita um desinteresse de parte da população em não querer de fato um emprego:

Muitas, muitas pessoas em situação de desemprego, muitas até me pedem para ajudar e eu vou tentando dar o meu jeito na medida que eu posso né, falando com um e com outro o que possa conseguir alguma coisa ainda mais nesse momento de política que a gente está vivendo, mas é muita gente desempregada, mas eu percebo também que muitos não estão nem interessados em arrumar alguma coisa para fazer, mas a grande maioria não pensa dessa forma.

Sobre as oportunidades de emprego no território, o ACS 8 mostra ainda uma preocupação: “Nos Terreninhos? Tem pouca, serviço infelizmente o tráfico oferece serviço né, tem esse tipo de serviço que tá lá para quem quer, agora um serviço que vá ganhar de forma boa né, lícita, não existe, não existe”.

Terreninhos é o único território do Mandela aqui estudado que não possui uma saída para a rua Leopoldo Bulhões e por estar inserido praticamente no coração do Mandela, possui entradas que podem ser acessadas a partir de qualquer uma das outras três localidades, porém, esse acesso ocorre através de becos e vielas que não proporcionam por exemplo a entrada de carros ou ambulâncias para realizarem um possível atendimento de emergência.

A aglomeração de casas, o crescimento vertical e a falta de identificação das ruas e moradias transformam o território em um verdadeiro “labirinto” para aqueles que não possuem o costume de acessá-lo e a percepção que se tem é de que é impossível localizar qualquer paciente. A própria organização com relação ao número das ruas e travessas foi realizada segundo o ACS 12 por sua equipe de saúde para que se conseguisse identificar casas e encontrar os pacientes no território:

Organização? Eu acho que não porque a equipe teve que se organizar para conhecer lá e marcar inclusive as quadras, criar as quadras lá que já tem número de rua e número de casa, acho que não, a organização lá é zero, os próprios moradores não sabem dizer onde moram exatamente.

Devido à disposição e proximidade das casas, as ruas e vielas ficam cada vez mais estreitas e a localidade fica ainda mais perigosa para a circulação principalmente quando há confrontos armados, que foi um dos principais pontos abordados pelos ACS quando perguntados sobre o acesso e as dificuldades encontradas no território: “Sinto, a dificuldade por parte do tráfico é muito grande né o nosso acesso lá por muitas das vezes a gente não consegue ir ao território por conta de confronto” (ACS 8).

Sobre se conseguem circular livremente no território o ACS 12 diz que sim, mas com uma ressalva: “Consigno, zero problema de acessibilidade a não ser quando dá tiro né, esse é um

problema de acessibilidade”. O ACS 8 também acredita que consegue circular livremente, mas demonstra uma certa insegurança mesmo com todo o conhecimento vivido sobre o território:

Consigo apesar disso tudo eles nos permitem trabalhar, mas assim eu creio que não com total liberdade, a princípio quando eu comecei a trabalhar lá apesar de ter morado e de conhecer bastante gente lá eu percebi algumas vezes algumas pessoas me seguindo logo assim que eu iniciei, mas agora não, tá tranquilo.

6.1.2 Prédios da Embratel

A localidade é composta em sua maioria por prédios do PAC construídos no antigo terreno da empresa de telecomunicações Embratel. Possui em torno de três hectares de área total e por haver um certo planejamento, possibilita uma boa circulação de ar e incidência solar nas habitações (Figura 9), porém, ao longo dos mais de 10 anos da construção sofreram degradações e intervenções que prejudicam uma melhor organização do local.

Possui uma rua principal larga possibilitando uma boa circulação, mas que aos poucos surgem construções irregulares que aumentam a densidade habitacional e se distancia um pouco da ideia de moradias adequadas do início do PAC (Figura 10), isso pode causar déficit significativo de ar renovado e incidência solar nesta localidade em pouco tempo.

Durante o período da realização do estudo, a equipe de saúde responsável pelo acompanhamento dos pacientes nesse território foi a equipe Coragem. Quando perguntado sobre as principais características do território que mais lhe chamam atenção, o ACS 6 aponta o crescimento desenfreado do local:

Atualmente o que mais me chama atenção foi a modificação muito rápida do território né, nós pegamos blocos que foram entregues pelo projeto minha casa minha vida e há algum tempo atrás eram só esses blocos mesmo e agora a gente consegue visualizar uma nova comunidade sendo construída dentro dos espaços vazios que antes eram vazios eram vielas, ruas, praças né e o que tem chamado mais atenção são essas construções desenfreadas, sem muitos critérios e isso tudo pós pandemia né, pode se dizer assim.

O ACS 5 lembra das péssimas condições de moradia antes do PAC e aponta uma melhora significativa do local principalmente no que diz respeito a circulação de ar, porém vê isso mudar novamente devido aos costumes dos moradores:

Então, antes não tinha né porque como eu já falei era barraco de madeira e tal e depois que veio essa construção do governo que veio esses apartamentos, tem sim uma circulação de ar, porém, acho que eles deixam muito fechado sabe, a janela, não deixam a circulação entrar, eles foram bem planejados bem estruturados, mas eu acho que já é um ritmo deles de vida e muita gente num ambiente é de cinco para cima é raro os apartamentos que tem menos de cinco pessoas, sabe?

Sobre se as casas possuem boa estrutura, o ACS 7 acredita que: “o apartamento é um apartamento bem pequeno aonde as famílias são bem grandes né sabendo que a mãe mora ali aí a mãe mora aí a filha vai cresce e tem filho aí mora o neto e assim vai, vai crescendo, a família vai crescendo dentro daquele cômodo pequeno”.

O relato do ACS 7 evidencia que apesar dos apartamentos oferecerem melhores condições de habitação se comparado ao restante das casas ao longo do Mandela, acaba não suportando devidamente a quantidade de membros da família que aumenta cada vez mais, o que facilita o contágio de doenças infectocontagiosas como a tuberculose.

Figura 9 - Corredor da entrada lateral do Prédios da Embratel. Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Figura 10 – Construção irregular entre os prédios. Prédios da Embratel, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.

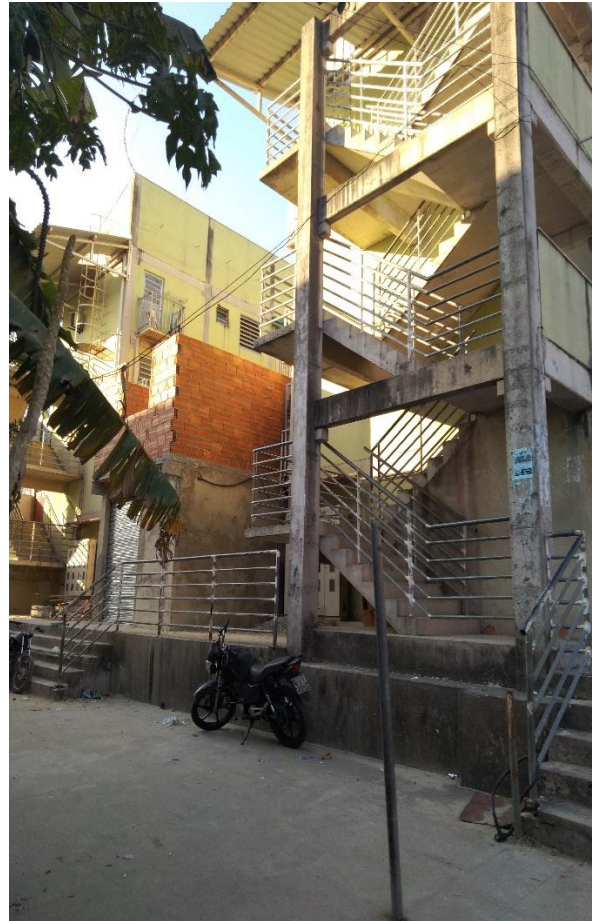


Foto: Arthur Alves, 2022.

Ao longo da observação de campo não foi identificado esgoto a céu aberto na localidade, porém, percebeu-se muito lixo acumulado ao longo da via principal (Figura 11) e entre os prédios (Figura 12), o serviço de limpeza urbana aparenta não ter uma regularidade no local.

O ACS 5 aborda a evolução estrutural do território, porém, aponta que a população não mudou alguns costumes como o despejo de lixo no chão e a construção de puxadinhos:

O território têm evoluído para melhor ao meu ver porque quando no início quando comecei a atuar lá era barraquinho de madeira, esgoto a céu aberto, uma parte dele né que aí esses barracos foram demolidos e agora são os prédios novos que a gente chama de prédios novos que são dois residenciais que foram construídos lá então ao meu ver o território tá evoluído pro bem, só que também penso que os moradores né, os pacientes nossos eles não estão acompanhando essa evolução porque continuam jogando lixo na rua sabe, estão fazendo puxadinhos e tal...até a estrutura mesmo da construção não está mais a mesma, mas está melhor do que era.

Figura 11 – Lixo acumulado na rua principal dos Prédios da Embratel, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Figura 12 – Situação de limpeza e utilização do espaço entre os prédios, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

As diversas construções irregulares e o estado de limpeza do território revelam a ausência de ações do Estado na conservação do que se imaginava após a entrega da obra do PAC. “Não, não tem planejamento nenhum, assim pelo menos na Embratel acho que já tem 11 ou 12 anos que já foi inaugurado e não tem reparos não tem nada disso do governo e vai só piorando né” (ACS 7). Ainda sobre se há algum planejamento o ACS 6 é enfático em dizer que não, mas atribui essa desorganização também aos próprios moradores:

Não, não tem planejamento nenhum não, a gente precisa ocupar esse espaço aqui então a gente constrói seja comércio com moradia em cima e do lado uma moradia e isso pode acontecer em cima de tubulações de esgoto, ao lado de casa de força energia sem muito critério, sem estrutura mesmo.

Com relação aos recursos sociais, há a presença de um Espaço de Desenvolvimento Infantil – EDI (Figura 13) na entrada dos Prédios da Embratel e uma associação de moradores no início da via principal. Sobre a disponibilidade de equipamentos educacionais no território o ACS 6 acredita que a quantidade é suficiente para suprir as necessidades da população local:

Tem a creche sim na entrada, tem duas escolas também ao longo né próximo não dentro da comunidade, mas próximo tem sim duas escolas, assim eu acredito que supra essa necessidade, não vejo muita queixa, muita reclamação sobre a falta de ofertas de vagas relacionadas a escola não.

Por outro lado, o ACS 7 aponta a falta de vagas disponíveis na creche (EDI) e relata situações acarretadas por esse problema:

Tem assim, tem escola, tem creche, mas eu acho que é pouco né é bem pouco para o tamanho da população assim tem muitas mães que não conseguem, assim eu vejo mais como creches, até que escola acho que tem bastante aqui ao entorno da nossa comunidade, mas creche tem bastante pouca, as crianças, as mães brigam por isso, por creche, muitas mães não tem condições de largar seus filhos, de pagar alguém para poder parar para trabalhar e ficam assim muitas das vezes dentro de casa porque as mães precisam trabalhar porque a maioria das mães dentro da comunidade são mães solas porque os pais geralmente não são presentes e a mãe precisa trabalhar para poder levar o sustento para essa casa né o que acontece aí não tem creche não tem nada disso aí as crianças ficam com o mais velho tipo de 12, 13 anos cuida daquele de seis, de quatro anos que a mãe vai só produzir filhos e o mais velho sempre toma conta do mais novo e assim vai.

Figura 13 - Espaço de Desenvolvimento Infantil – EDI. Prédios da Embratel, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Ao longo da rua principal dos Prédios da Embratel, foram identificados diversos comércios como farmácias, mercadinhos, lanchonetes e lojas de materiais de construção além de prestadores de serviços como cabelereiros, tatuadores e mecânicos. Algumas igrejas também foram vistas, o território dispõe também de uma praça que está visivelmente sem manutenção há alguns anos e com isso já começa a perder espaço para as diversas construções irregulares que vão surgindo.

O ACS 6 comenta sobre a disponibilidade e a variedade de comércios e igrejas e lamenta a perda aos poucos dos locais de lazer:

Total, você consegue encontrar um mercado do lado do outro com facilidade, farmácias, padarias, igrejas também é bem amplo nesse sentido. Os locais de lazer estão acabando por conta das invasões, as praças estão se transformando em territórios de moradia, quadras e campos eu particularmente percebo que não são bem cuidados a ponto de proporcionar qualidade de lazer para o pessoal da comunidade.

O ACS 7 também faz a mesma reflexão:

Assim, comércio aqui tem bastante, tem mercado, tem drogarias, tem bares, tem comércio, bastante tem, mas assim é...igrejas também tem bastante, locais de lazer acho que são poucos só tem aqui no PAC e lá dentro da comunidade do Mandela

mesmo aonde tinha locais de lazer onde as crianças poderiam brincar está se formando mais casas né, entorno dos apartamentos está se formando mais casas, ali aonde tinha uma quadra de futebol ao entorno é uma praça que está lá largada com lixo, esgoto e ali está só crescendo que estão fazendo bares, fazendo casas no meio aonde tinha, mas, propriedade para as crianças brincarem não tem mais.

Figura 14 - Comércio na entrada do Prédios da Embratel, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Com relação a situação socioeconômica da população, quando perguntados sobre se há muitas pessoas desempregadas, os ACS entrevistados tiveram pontos de vista divergentes, o que pode revelar uma heterogeneidade da condição financeira e vulnerabilidade das famílias apesar de viverem em moradias semelhantes como é o caso dos Prédios da Embratel cedidos através do PAC. “Muitas e vem crescendo bastante a vulnerabilidade é bem grande, muitas pessoas desempregadas” (ACS 5).

O ACS 7 também comenta sobre o desemprego e aponta algumas consequências que vem percebendo em seu dia a dia de atendimento:

Dentro da comunidade sim, há muitas pessoas de um tempo para cá estão realmente necessitadas, desempregadas, passando fome e isso tem aumentado muito nosso fluxo aqui dentro da unidade entendeu? Porque as pessoas vêm doentes, com depressão, com crise de ansiedade, essas coisas todas, entendeu?

Por outro lado, o ACS 6 relata que a situação de desemprego em sua microárea não é tão grave se comparado a outras localidades da comunidade e expõe até mesmo uma dificuldade em encontrar os pacientes em casa devido ao horário de trabalho, ao mesmo tempo que declara uma situação de abandono de crianças que pode estar relacionado a dificuldade de vagas em escolas e creches:

A minha microárea particularmente eu consigo visualizar que são pessoas que não tem um grau de vulnerabilidade tão alto se comparado a minha antiga equipe né, antiga microárea que eu cobria num outro território de Mangueiros, até quando a gente vai fazer a abordagem em domicílio a gente percebe que muitos apartamentos somos atendidos por crianças e relatam que os pais não estão, estão trabalhando então pelo menos nos blocos que é a parte que eu pego não é muito relevante a condição de extrema pobreza não.

Sobre as dificuldades no acompanhamento de pacientes o ACS 6 voltou a mencionar a quantidade de pacientes empregados em sua microárea:

Para mim atualmente é de fato encontra-los né, como eu disse a maioria das minhas famílias as que eu consegui pelo menos até o momento fazer as visitas domiciliares a maioria são pessoas que estão empregadas no momento né e aí a cada cinco andares se eu tiver o sucesso de encontrar quatro moradores é muito.

A acessibilidade no território também foi um ponto de destaque durante a observação de campo. A localidade possui uma via larga que proporcionaria a entrada e saída de veículos grandes e também dá acesso a todos os prédios, porém, apesar desse pró, foram identificadas barricadas e quebra-molas enormes de concreto ao longo da via, que dificulta por exemplo a entrada de ambulâncias e caminhões do corpo de bombeiros em eventuais emergências e acidentes, além da realização de serviços de empresas de abastecimento de água e luz.

Outro ponto observado foi que as construções irregulares cada vez mais estão diminuindo a acessibilidade do local, pois estão se estabelecendo em locais de passagens de pedestres e obstruindo calçadas.

O ACS 6 ao ser questionado sobre se consegue circular livremente pelo território confirmou que sim, porém, também constata esse mesmo problema de acessibilidade:

Eu consigo, assim eu como pedestre consigo, entretanto, a gente começa a perceber a questão da entrada de veículos a exemplo o SAMU né uma coisa que em determinados pontos da comunidade já não entra mais né pela construção de quebra-molas pelas construções irregulares, mas assim a trânsito de via de pedestre a gente consegue sim.

Outro ponto que também está relacionado as questões de segurança assim como a construção de barricadas, são os confrontos armados. O ACS 7 relata inclusive que a violência já atrapalhou algumas vezes as ações em saúde realizadas no território:

É assim muitas das vezes tenho bastante dificuldade por conta das incursões que são bastante né dentro da comunidade então fica complicado porque se tiver incursão a gente não pode sair de dentro da nossa unidade, muitas das vezes a gente fixa ali dentro da equipe “vamos visitar fulano de tal, um acamado” e naquele outro dia já vamos na casa antes avisamos até mesmo para fazer uma coleta naquele acamado aí avisamos um dia antes que nós vamos na casa, entendeu? Que aí a equipe vai lá e chega nesse dia a gente não pode ir por conta do território, por conta das incursões policiais e assim ficamos sem condições de chegar até o usuário.

Quando também perguntado se a violência já atrapalhou a realização de ações em saúde, o ACS 6 diz que sim e que já esteve no território no momento do confronto:

Já, a gente muitas vezes sai com o roteiro né de visitas de pacientes acamados e domiciliados e muitas vezes a gente precisa cancelar isso no meio do caminho para resguardar porque a tensão se instaura naquele momento enquanto a gente está transitando.

A imprevisibilidade dos confrontos também foi uma questão levantada pelo ACS 5, o que torna ainda mais difícil e perigoso o trabalho do Agente Comunitário de Saúde:

A primeira dificuldade é em relação ao território com a questão da violência né, polícia que invade, tráfico de drogas também essas coisas, esse é o primeiro obstáculo no território, assim a gente não sabe quando vai estar legal para a gente ir ou de repente a coisa acontece lá no meio né...

6.1.3 Mandela Um

O território do Mandela Um é o mais extenso com aproximadamente nove hectares de área total e o mais diversificado em termos de condições de moradia, saneamento e planejamento. Possui uma entrada principal pela rua Leopoldo Bulhões, está à margem do rio Jacaré e faz divisa com os Terreninhos e o Mandela Dois. Durante o período da realização do estudo, a equipe de saúde Aconchego foi a que acompanhou a maior parte desse território.

As condições de moradia são diferentes se compararmos as primeiras quadras do início da localidade, que possuem uma melhor estrutura e espaçamento entre as quadras mais adequado (Figura 15) com as últimas que se encontram mais à extremidade do território onde o acesso as moradias, é realizado em alguns pontos através de becos e vielas que não proporcionam uma boa circulação de ar renovado e as casas são mais precárias (Figura 16).

O ACS 2 relata justamente essa distinção, mas, explica que apesar das melhores condições de moradia encontradas no início do Mandela Um, a grande concentração de pessoas dentro de uma mesma casa é comum:

Então, o meu território por ser no início da comunidade a maioria das residências tem uma boa estrutura, mas assim realmente em questão de ventilação e divisões de cômodos, como posso explicar, não tem isso, uma boa circulação de ar, uma boa divisão dos cômodos, mas é uma boa estrutura. Dentro de uma residência acaba morando a mãe, o pai, mais um cunhado, mais um tio, mais uma sogra, bastante pessoas em uma casa pequena tipo com quatro ou cinco cômodos é um número de gente muito grande dentro de uma residência, pra pouco espaço.

Quando perguntado sobre a relação nº de pessoas por cômodo e se as casas possuem boa ventilação, o ACS 1 também fala da grande concentração de pessoas e relata a diferença de uma moradia para outra no mesmo território para apontar um déficit de circulação de ar:

Não, geralmente as casas são bem cheias, como assim, um pai, uma mãe e quatro filhos no mínimo e não tem muita circulação de ar não, geralmente tem uma porta e uma janela, quando tem, que as vezes só tem uma porta mesmo que é a entrada e não tem ventilação nenhum, não tem circulação. Numa parte da microárea tem muitas pessoas na residência, mas é bem dividido, tem dois quartos sala cozinha e banheiro, mas na outra parte em si, vamos supor, é uma família de seis pessoas com quarto, sala, cozinha e banheiro, mas é tudo muito apertadinho, tudo muito grudado em cima do outro, quando chega você não tem uma noção de casa, você tem uma noção de um quarto que foi dividido.

O ACS 3 expõe as condições precárias de moradia da população e faz uma ligação direta com a situação socioeconômica dos moradores:

Circulação no geral não tem porque as casas no Mandela são muito pequenas e só a frente da casa que pode ser feitas portas e janelas e tem muitas casas ali no Mandela que elas são feitas de quitinetes as vezes o que seria uma casa que tem 40 metros quadrados ela é dividida em duas quitinetes, então fica muito pequeno e como a pessoa precisa e tem muito aluguel a pessoa se sujeita a isso e é o poder aquisitivo do que eu posso pagar pela casa, não tem quintal, casa nenhuma no Mandela tem quintal, pouco espaço e só tem as ruas para as crianças brincarem e toda hora a circulação de carro, moto, bicicleta e não tem respeito em relação a isso as pessoas as vezes veem as crianças brincando na rua e jogam o carro em cima que eu canso de ver isso.

Figura 15 - Organização das casas na rua Um do início do Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Figura 16 – Disposição das casas em um dos becos do Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.

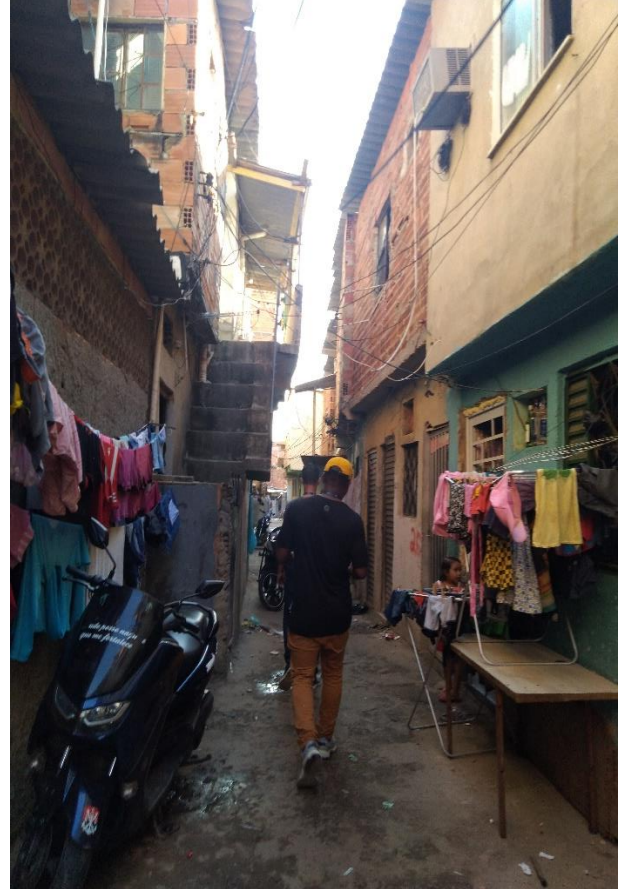


Foto: Arthur Alves, 2022.

A organização do território possui diferentes nuances ao longo de sua extensão, onde percebe-se uma nítida tentativa de organização por quadras facilitando a identificação de moradias e comércios, além de possuir ruas um pouco mais largas do que é encontrado em outras localidades como Terreninhos e Mandela 2, porém, em seu interior principalmente as áreas que possuem casas à margem do rio Jacaré não há qualquer planejamento (Figura 17).

O adensamento, a falta de espaço entre as moradias e as condições de saneamento básico foram pontos que chamaram bastante atenção durante a observação de campo pela diferença organizacional entre uma área e outra do território.

Esse perfil também foi levantado pelo ACS 1 durante a entrevista ao ser perguntado sobre as principais características que mais chamam atenção no território: “A minha microárea é mista, tem uma parte que têm casas que são arejadas e outras partes que as casas não tem ventilação nenhuma, lixo a céu aberto, sem saneamento básico então é um pouco mista. Na metade do Mandela 1 para trás, da rua 8 para trás essa característica se repete”.

O ACS 2 também critica a falta de conservação do território:

[...], mas a gente olha para o PAC e a gente não vê um ambiente agradável porque tá ficando um ambiente muito sujo, cheio de mato e não temos, não há uma reforma, não há um cuidado ali de estar preservando e limpando o local, mantendo aquele ambiente limpo, o que tinha eram quadras de futebol hoje já não tem, estão todos destruídos.

Figura 17 - Ausência de saneamento e coleta de lixo na margem do Rio Jacaré que separa a Comunidade do Mandela e a Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Quando perguntados sobre se há algum planejamento no território, todos os ACS foram enfáticos ao falar que não, e atribuíram a desorganização aos próprios residentes, que se aproveitam dos mínimos espaços vazios para construir moradias, comércio e outras construções irregulares que se tornam um risco à saúde dos moradores:

Não, não há planejamento nenhum. Na Comunidade do Mandela, qualquer espaço que não tenha nenhuma construção eles estão ali construindo e acabam construindo um andar, dois andares, três andares em um espaço pequeno e acabam construindo correndo risco, a estrutura para levantar um prédio (ACS 2).

O ACS 1 também possui a mesma opinião “Não há planejamento nenhum. Conforme eu vejo, ganharam o terreno e foram sendo construídas, um do lado do outro sem ventilação e sem saneamento nenhum”.

Já o ACS 3 justifica essas “escolhas” dos moradores pelas construções irregulares devido à falta de políticas de habitação que leve em consideração toda uma vida que a pessoa tem nesse território e, num processo de desterritorialização, o governo cria habitações bem

distantes das originais sem considerar questões como acesso a empregos, escolas, transportes e laços afetivos, não dando escolha para o morador a não ser se estabelecer de alguma forma no território que já está acolhido, apesar das péssimas condições de moradia e saneamento básico encontradas:

Não tem planejamento. Planejamento inicial era uma forma só que foi modificando, a população foi crescendo e as pessoas querem ficar mais próximas daqui porque é mais próximo de meio de transporte, trem, ônibus ninguém quer ir para uma parte que é mais tranquilo tem um ar melhor pra você respirar, tem terra, tem chão só que para a questão de trabalho se torna muito longe e as pessoas preferem dormir mais, acordar mais tarde, viver mais apertado, mais aglomerado do que viver num espaço bom tipo quem mora lá no Estado do Rio pra lá tem muitos terrenos só que ninguém quer morar pra lá porque fica muito cansativo, o tempo no trânsito né de circulação para trabalhar, que tem gente que mora lá pra cima que sai de casa quatro horas da manhã para chegar na zona sul e chega tarde chega oito, nove horas e quem mora aqui não levanta seis horas vai de boa e dorme mais tempo.

Figura 18 - Expansão do Mandela Um com construções mais recentes à direita Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Com relação a disponibilidade de equipamentos educacionais, o único encontrado no território foi a Escola Municipal Professora Maria de Cerqueira e Silva que está localizada na rua Leopoldo Bulhões com os fundos para as primeiras quadras do Mandela Um (Figura 19).

Apesar haver creches e outras escolas nos territórios vizinhos, o rápido e constante crescimento populacional da comunidade do Mandela como um todo, faz com que se tenha uma necessidade de expansão contínua de vagas ou criação de novas unidades de ensino para atender as demandas da população.

Ao longo da observação de campo, foram identificados poucos locais de lazer como o campo de futebol com grama sintética (Figura 20) e uma piscina no interior da comunidade que não aparenta ter uma conservação adequada para a saúde dos moradores. Já com relação a disponibilidade de comércios e serviços percebeu-se uma boa variedade principalmente na Rua Um, com mercados de pequeno porte, farmácia, hortifrúti, açougue e papelaria. As igrejas também estão presentes ao longo de todo o território como a Paróquia São Miguel Arcanjo (Figura 21).

Os ACS também confirmaram a variedade de comércios e igrejas, mas reclamaram da falta parques e outros locais de lazer no território:

Tem vários comércios, também tem várias igrejas, mas lazer não tem, para dizer que não tem, tem só o campo de futebol que agora colocaram grama sintética para ter um treinamento para a escolinha de futebol que antes era de terra mesmo, que as crianças se divertiam ali e a piscina que construíram na praça, mas lazer, não tem nem para as crianças e nem para os adultos (ACS 1).

Sim, na nossa comunidade há bastante comércio, há bastante igrejas, mas em questão realmente de entretenimento para crianças, até mesmo para todos que moram na comunidade não tem, tipo não tem nenhum tipo de lazer, não tem nenhum parquinho, as quadras que tinha hoje já não tem mais porque já estão todas quebradas, já não tem trave, já não tem aquela grade que protege pra bola de sair de dentro da quadra, não tem um parquinho, não tem locais para ter momento de lazer [...] (ACS 2).

Tem muito comércio, muito mesmo, tem bastante igrejas, farmácias, tem tudo, lazer não tem, não tem, tem um campo agora no Mandela 1, mas tem que se inscrever é uma escolinha de futebol, fizeram uma academia carioca lá perto da piscina, mas a última vez que passei por lá ela já estava toda quebrada (ACS 3).

Figura 19 - Fundos da Escola Municipal Professora Maria de Cerqueira e Silva no Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Figura 20 – Campo de futebol com grama sintética no Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.

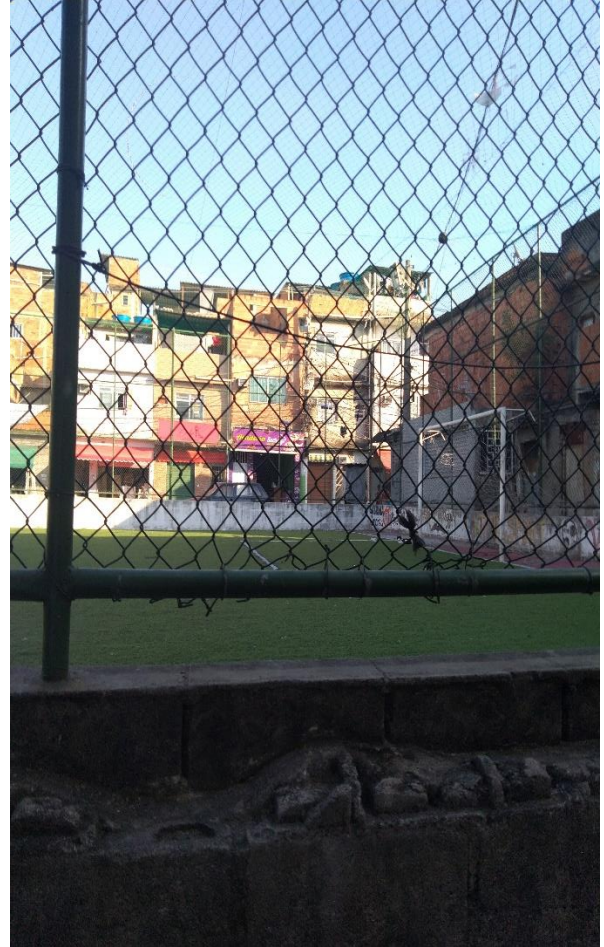


Foto: Arthur Alves, 2022.

Figura 21 - Paróquia São Miguel Arcanjo situada no Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

A situação socioeconômica da população do Mandela 1 que já era preocupante antes da pandemia piorou ainda mais. O desemprego e a falta de políticas públicas eficazes de transferência de renda aumentaram e fragilizaram ainda mais os moradores.

O ACS 2 ao ser perguntado sobre se há muitas pessoas em situação de desemprego em sua microárea respondeu: “Sim, principalmente devido a pandemia muitas famílias ficaram com a renda financeira bem prejudicada, muitos pais e mães de família perderam seus empregos e uma área muito vulnerável em questão social mesmo”.

O ACS 1 alerta sobre a falta de perspectiva da população: “No território como um todo há muitas famílias desempregadas, mulheres que vivem de bolsa família e homens que fazem “bico” como elas dizem, em função disso eles ficam muito na rua, de dia, á noite, de certa forma assim sem perspectiva”.

Já o ACS 3 é crítico ao apontar que é uma opção dos moradores de não quererem trabalhar e viverem apenas de benefícios: “Tem muitas pessoas em situação de desemprego, mas também porque não querem trabalhar eles preferem ficar recebendo benefícios do governo

e a cesta básica que atualmente desde a pandemia tem sido doada e eles preferem viver dessa forma, a minoria trabalha” (ACS 3).

A acessibilidade é um ponto que varia bastante levando em consideração as diferenças de condições de moradia, saneamento e organização entre uma área e outra do território. Em boa parte do território é possível fazer o acesso às ruas e as quadras até mesmo por veículos grandes como caminhões e vans de transporte que circulam pela comunidade (Figura 23), porém, há becos e vielas que precisam de uma maior atenção pela dificuldade de acesso às moradias por não haver um saneamento básico apropriado e uma organização que propicie um maior espaçamento nos corredores de passagem (Figura 22).

O ACS 1 fala um pouco das dificuldades de acesso em alguns locais do território: “[...] em relação a dificuldade de acesso que não tem saneamento básico então locais que você vai você tem que pisar no esgoto as vezes tem barranco, escorrega, então tem essa dificuldade”.

Quando perguntados sobre se conseguem circular livremente pelo território os ACS foram unânimes em falar que sim, mas, o ACS 1 e o ACS 3 fazem um adendo com relação à violência que os impedem de acessar a comunidade quando há algum conflito armado: “Sim, quando não tem as incursões a gente transita normalmente, facilmente e é tranquilo, agora só o problema mesmo da violência quando tem incursão policial, fora isso a gente consegue transitar livremente” (ACS 1). “Livremente, a gente só não consegue ter acesso por questões de violência de conflitos armados, as vezes operação né, aí a gente tem essa limitação, mas fora isso eu não tenho nada que me impeça de fazer meu trabalho” (ACS 3).

Já o ACS 2 nunca teve nenhum problema de acessibilidade: “Sim, livremente, comigo durante esse período de trabalho nunca aconteceu nada, vou faço meu trabalho, volto para o posto sem nenhum problema”.

Figura 22 - Condição de acesso a uma das ruas do Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Figura 23 – Rua principal do Mandela Um, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.

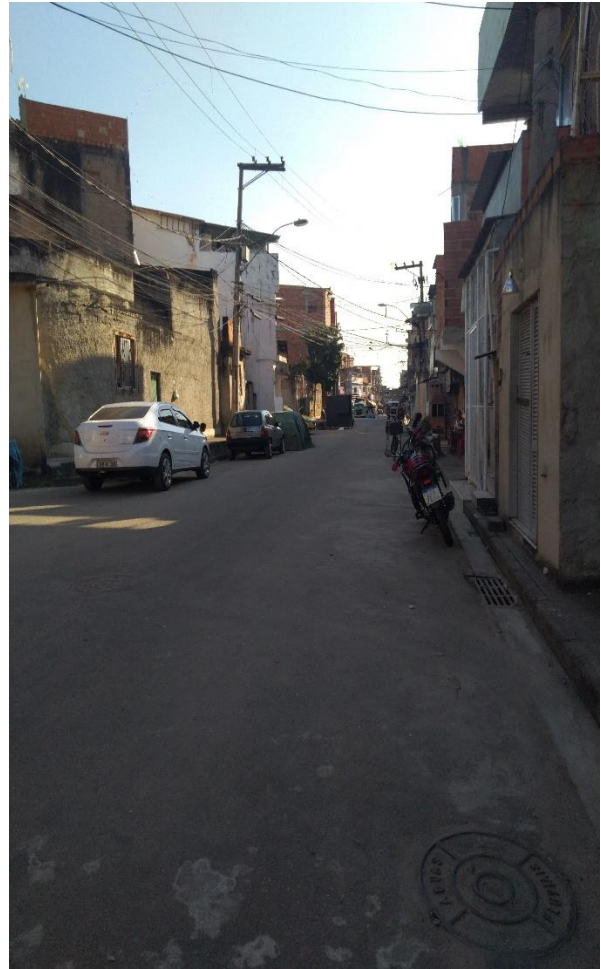


Foto: Arthur Alves, 2022.

6.1.4 Mandela Dois

O Mandela Dois é o centro comercial da comunidade e possui aproximadamente três hectares e meio de área total. É o território com maior trânsito e aglomeração de pessoas, principalmente na rua Nova Cap que possui entrada pela rua Leopoldo Bulhões (Figura 24) e dá acesso a todas as outras localidades aqui caracterizadas que juntamente com as vilas que a circunda compõem o território do Mandela dois.

Durante o período da realização do estudo, a equipe de saúde responsável pelo acompanhamento dos pacientes nesse território foi a equipe Confiança.

Figura 24 - Entrada do Mandela Dois, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Com exceção aos Prédios da Embratel que possuem uma certa homogeneidade nas condições de moradia, o Mandela dois foi o território que aparentou possuir moradias um pouco mais apropriadas do que as dos Terreninhos e Mandela Um.

A maioria das casas possuem mais de uma janela possibilitando uma melhor circulação de ar, porém, a alta densidade habitacional inclusive com o intenso crescimento vertical (Figura 25) que é uma tendência em toda a comunidade, reduz o ar renovado e principalmente a incidência solar nas vilas que são características no Mandela Dois (Figura 26).

O ACS 11 descreve bem a situação habitacional e faz esse paralelo entre as casas que possuem em teoria boas condições de moradia, mas que devido ao adensamento geográfico não possibilita por exemplo que se tenha uma circulação de ar mais apropriada à saúde dos moradores:

Oh eu acredito que assim, ao contrário do que pode parecer no território especificamente que eu cubro que seria Mandela dois eu acho que a condição das casas são relativamente boas porque a maioria, aliás todas são casas de alvenaria, a maioria pelo menos na parte interna são casas com embolso, tem iluminação, tem água encanada, o esgoto é coletado então assim agora, o problema que esse adensamento

geográfico das casas muito coladas umas nas outras acho que realmente uma coisa que fica muito bem prejudicial é a questão da circulação de ar porque em geral as casas só tem uma entrada de ar é sempre pela porta e janela de frente porque no lado normalmente tem construção é parede com parede e nos fundos consequentemente também tem construção então praticamente a entrada de ar é porta de entrada e saída da casa e janela também, então quer dizer a circulação de ar lá é bem precária.

Figura 25 - Construção de quatro andares em uma das quadras do Mandela Dois, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Figura 26 – Disposição das casas em uma das quadras do Mandela Dois, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

O ACS 10 ao falar sobre as características que mais lhe chama atenção no território, também falou sobre alta densidade habitacional e as consequências desse modelo:

O território todo em si é um território que não tem um grande espaço, as casas são bem aglomeradas não tem tanta ventilação, dependendo da parte ainda mais da onde você entrar ali por é subdividido lá dentro também algumas partes ali é um pouco pior de espaço, algumas casas não têm boa ventilação, não bate sol, entendeu?

O ACS 4 e o ACS 10 alertam também sobre a quantidade de pessoas vivendo no mesmo domicílio:

Não, na área que eu atuo, são casas pequenas que não tem circulação de ar né, as vezes não tem uma janela no quarto, as vezes é só a janela da sala mesmo, não pega sol, as vezes cômodos pequenos assim as casas são bem precárias. Tenho famílias que chegam a ter oito, nove pessoas e as vezes são, sala, quarto e as vezes são três, quatro cômodos assim, então são muitas pessoas (ACS 4).

[...] se for fazer um comparativo também levantamento a maioria das casas deve ter pelo menos cinco residentes familiar, ou seja, quatro cômodos não conseguem né, sempre vai ter mais de uma pessoa por cômodo ali (ACS 10).

Com relação a organização do território, ao longo da observação de campo percebeu-se uma tentativa de replicação do modelo de vilas pelos próprios moradores. As vilas rodeiam a rua Nova Cap e muitas delas são fechadas por portões (Figura 27) para passarem uma sensação de maior segurança aos moradores, mas por outro lado podem dificultar o acesso dos profissionais de saúde.

A ausência de políticas públicas voltadas para uma melhor condição de vida dos moradores como habitação, emprego e renda somados a falta da aplicação de leis de zoneamento, impulsionam o crescimento desordenado do território,

Não, não teve planejamento. Uma grande parte ali da comunidade foi uma invasão que teve né e aí o planejamento foi feito pelos próprios invasores, eles planejaram e ao invés de ser rua virou beco e aí não tem um grande planejamento ali, as casas são meio desestruturadas por conta dessas coisas. Não tem uma ordem pública ali, quem quiser fazer um terceiro, quarto, quinto andar o cara vai fazer e não vai ter problema nenhum entendeu? Então é meio desorganizado essa questão aí, não tem um controle (ACS 10).

O ACS 11 também fala do crescimento desordenado quando perguntado sobre se há algum planejamento e alerta sobre a verticalização do território:

Na verdade não, assim se falarmos de hoje você não tem muito o que planejar porque você já não tem muito espaço para construir, então assim, o planejamento que tem agora você tem uma comunidade que está se tornando muito verticalizada né, o que outra hora era um andar, dois, você vai encontrar boa parte da comunidade indo para o terceiro, quarto e existe a possibilidade de alguns lugares que você fica pensando que talvez vá surgir um quinto andar, então quer dizer, o planejamento é basicamente esse de crescer pra cima porque você já não tem mais espaço pra frente, para o lado, já está tudo construído então acho que planejamento nenhum só crescer pra cima.

Figura 27 - Acesso a uma das quadras do Mandela Dois fechado com Portão, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

Durante a observação de campo não foi percebido esgoto a céu aberto, mas, a coleta de lixo não aparenta ter uma regularidade já que as caçambas encontradas ao longo da rua principal estavam lotadas atraindo moscas e outros bichos prejudiciais à saúde dos moradores.

Com relação aos equipamentos públicos, o único encontrado foi a Creche Municipal Samora Machel, que está localizada na entrada da rua Nova Cap. Devido à proximidade das outras localidades, os moradores do Mandela Dois também utilizam a Escola Municipal Professora Maria de Cerqueira e Silva (Mandela Um) e o EDI Doutor Domingos Arthur Machado Filho (Prédios da Embratel), porém, ainda há a necessidade de expansão desses equipamentos educacionais para acompanhar o intenso crescimento da comunidade como um todo como observa o ACS 11:

Assim, os equipamentos que circundam aqui unidade eu acho que tem bastante, acho que não supre a necessidade da população né, haja visto que você tem aqui próximo um colégio do ensino médio, você tem creche, EDI, tem ensino fundamental, mas ainda tem muitas crianças que é obrigada a estudar a uma certa distância da comunidade por conta dessa quantidade ainda é insuficiente tem os equipamentos sim,

mas ainda se observa a insuficiência de vaga para absorver a quantidade de crianças né, de jovens que tem.

Com relação a disponibilidade de comércios e serviços, pode-se dizer que devido a quantidade e a variedade encontrada, o Mandela Dois é o centro comercial da comunidade. Foram identificados comércios como: mercados, bares, lanchonetes, hortifrútiis, padarias, papelarias, farmácias, lojas de utensílios e material de construção além serviços como salões de beleza, tatuadores, chaveiros e até agência de viagem (Figura 28).

Essa quantidade de comércios e serviços aumenta o trânsito de pessoas fazendo com o que o território seja o mais movimentado e com maior aglomeração.

Então, o comércio lá é muito bom, lá é bom, tem bastante igrejas, bastante farmácias, bastantes mercados, minimercados, mercados pequenos, hortifrútiis, então sempre tem, a noite o comércio continua sendo bom, algumas lojas só abrem a noite né, lanches essas coisas assim, então é sempre bem movimentado (ACS 10).

O ACS 11 também confirma essa variedade de comércios e serviços:

Acho que serviços, assim se falar em comércios você tem uma gama bastante diversificada porque o que você tem de sei lá, quase uma dezena de farmácias por aqui, padarias diversas, açougue, mercado, mercadinho, tem academia, tem loja de roupa, loja de lanche acho que tem uma quantidade boa.

Apesar de ser o centro comercial da comunidade, o Mandela Dois não possui espaços públicos de lazer, o que se pôde entender a partir dos relatos dos ACS é que já existiram alguns parques e espaços vazios, mas que devido às invasões, construções irregulares e falta de conservação, esses locais foram desapropriados.

Tem tudo isso, tem os dispositivos, alguns talvez até tente ajudar no que é possível essas pessoas. Locais de lazer nem tanto, o que se improvisa acaba ficando muito a mercê as vezes do vandalismo né, acaba com o que tem ou não fica apropriado por ser algo aberto para a população e aí com o desmando, com o vandalismo aquilo ali passa a não ser mais apropriado a utilização (ACS 9).

Figura 28 - Comércio na rua Nova Cap do Mandela Dois, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

A situação socioeconômica da população do Mandela Dois segundo o relato dos ACS, não é tão diferente se comparado ao restante da comunidade. Quando perguntado sobre se há muitas pessoas em situação de desemprego, o ACS 10 respondeu: “Acredito que a grande maioria sim, os que tem emprego nem sempre são trabalho formal, carteira assinada”.

O ACS 9 também confirmou esse cenário e apontou que muitas pessoas estão passando fome: “Sim, muitas. Desemprego, falta até mesmo em alguns casos o que viver, do se alimentar, chegamos a acompanhar famílias nesse contexto que aí a gente tem que ver para onde direcionar, entendeu?”.

A perda de renda familiar aumentou muito principalmente após o período de pandemia: “Na minha microárea né, onde eu abranjo tem muitas pessoas, muitas pessoas mesmo desempregadas ainda mais com essa pandemia percebi que houve um número grande mesmo de desempregados” (ACS 4). “A questão social, a pobreza, a falta de recursos, principalmente agora depois da pandemia as pessoas ficaram muito sem ter uma base para viver, para tirar os recursos” (ACS 9).

Sim, existem bastantes pessoas em situação de desemprego e acho também que se agravou após a pandemia, nesse período de pandemia, mas você vê muita gente em emprego informal até antes mesmo da pandemia, mas sem dúvida alguma com o advento da pandemia isso deu uma piorada (ACS 11).

A acessibilidade foi um ponto de atenção durante a observação de campo, devido à grande circulação de pedestres que disputam espaço na rua e calçadas com as construções irregulares e automóveis (Figura 29), principalmente as motos que circulam em alta velocidade e podem causar acidentes.

Na metade da rua Nova Cap, foram identificadas barricadas que diminuem ainda mais o espaço e brecam o acesso de veículos maiores como os blindados da polícia, porém, essa estratégia pode prejudicar também possíveis reparos das empresas de água e luz e emergências que envolvem a ação de bombeiros e médicos.

O ACS 10 relata essa dificuldade de acesso que teve junto aos profissionais do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso PADI quando perguntado se consegue circular livremente pelo território:

Então, no meu território eu consigo circular livremente né, as vezes quando acontece que eu preciso ir pra lá com o pessoal do PADI eles costumam ir de carro aí a gente já tem uma certa dificuldade pelas barricadas, mas a pé a gente consegue acessar bem o território.

Assim como os ACS dos outros territórios, os do Mandela Dois também responderam com o adendo dos confrontos armados quando perguntados se conseguem circular livremente: “Consigo, eu nunca tive dificuldade alguma. Consigo sim...assim quando tem né confronto que a gente já sabe e a gente nem vai para rua” (ACS 4). “Tirando a questão da violência, dos confrontos sim, consigo me movimentar bem pelo território” (ACS 9).

O ACS 9 relata a dificuldade de acesso às moradias de sua microárea e o perigo devido a instabilidade do território:

O problema de acessibilidade assim de uma forma geral, mas especificamente do meu território né onde minha equipe atende e conseqüentemente de onde eu sou agente da minha microárea a dificuldade de acessibilidade é isso que você para acessar a sua população alvo né, você passa por bocas de fumo né que muitas vezes você passando por esses lugares igual já aconteceu de ocorrer tiroteio e é aquele negócio né você está totalmente desamparado, totalmente desamparado então assim, o problema de acessibilidade é esse, particularmente do meu território que eu tenho que passar exatamente por essas áreas de eminente confronto que pode ocorrer né [...].

Figura 29 - Rua Nova Cap no Mandela Dois com acesso de automóveis, Comunidade do Mandela, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Foto: Arthur Alves, 2022.

6.2 Análise da incidência de casos de Tuberculose na Comunidade do Mandela

A incidência de casos de Tuberculose no bairro de Manguinhos sempre se manteve como uma das mais altas do município do Rio de Janeiro, acompanhando o Índice de Desenvolvimento Social que também é um dos piores segundo o Instituto Pereira Passos (2010). O complexo de Manguinhos é composto por diferentes comunidades e o Mandela é uma delas.

A especificidade da TB e sua dinâmica de contaminação e proliferação requer que seu estudo seja o mais local e focal possível para compreender-se os melhores métodos de enfrentamento à doença a partir de informações como sexo e faixa etária mais afetada. A tabela 3, a baixo, demonstra a dinâmica de incidência da tuberculose sobre a população no Mandela nos anos de 2018, 2019 e 2020.

Tabela 3 - Incidência de casos de tuberculose por 100.000/habitantes na Comunidade do Mandela, situada em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, estratificados por sexo e faixa etária nos anos de 2018, 2019 e 2020.

Incidência	Ano		
	2018	2019	2020
Acumulada	252	307	157
Sexo			
Masculino	352	440	281
Feminino	171	199	57
Faixa Etária			
0 - 14	101	33	0
15 - 59	313	418	220
60+	176	176	88

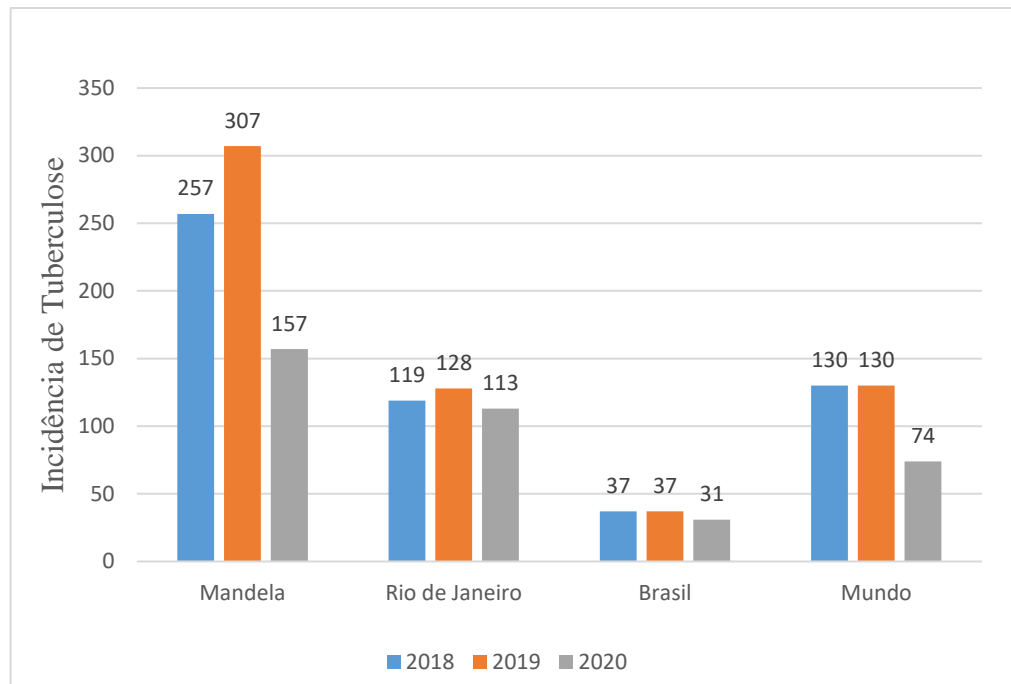
Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações retiradas do livro verde da tuberculose da CF Victor Valla e por solicitação via vigilância da CSEGSF, 2022.

A incidência de casos de tuberculose na comunidade do Mandela teve seu maior índice no ano de 2019, com 307 casos da doença para 100.000/habitantes. A população masculina é a mais infectada com aproximadamente 100% a mais de casos sobre a população feminina nos anos de 2018 e 2019 e em 2020 essa diferença praticamente quintuplica. A faixa etária mais afetada é a entre 15 e 59 anos chegando no ápice de incidência no ano de 2019 com 418 casos para 100.000/habitantes.

Nos anos de 2018, 2019 e 2020 independentemente do sexo ou faixa etária, a incidência se manteve bem alta se comparado à taxa municipal, nacional e mundial, mesmo com queda de quase 50% de 2019 para 2020 na incidência de referência.

Essa queda também foi tendência nas diferentes unidades territoriais (Gráfico 3), mas, não está relacionada a melhora das condições de vida que se reverteram na diminuição de casos e sim pelas consequências advindas da pandemia como a priorização de recursos humanos e materiais voltados ao enfrentamento da Covid-19 e consecutivamente a diminuição dos gastos gerais com serviços essenciais para a tuberculose, onde segundo o relatório global da tuberculose apresentado pela OMS, interrompeu o ciclo normal de diagnóstico que caiu de 7,1 milhões em 2019 para 5,8 milhões em 2020 e tratamento da tuberculose que pela primeira vez em mais de uma década fizeram com que as mortes pela doença aumentassem no mundo inteiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021)

Gráfico 3 - Incidência acumulada de casos de tuberculose por 100.000/habitantes no Mandela, no município do Rio de Janeiro, no Brasil e no Mundo, nos anos de 2018, 2019 e 2020.



Fonte: Elaborado pelo autor, com base em dados da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Clínica da Família Victor Valla e Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, 2022.

Vale destacar aqui que entre os planos de enfrentamento à doença adotados pela esfera federal e estadual com estratégias para 2021 – 2025 e municipal que está em fase de desenvolvimento, apenas o *Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública* menciona os efeitos da pandemia da Covid-19 para esse enfrentamento.

A presente pesquisa também se propôs a estudar a incidência da tuberculose nos territórios atendidos por cada uma das equipes de saúde que compõem a Comunidade do Mandela para evidenciar os diferentes níveis de impacto da doença.

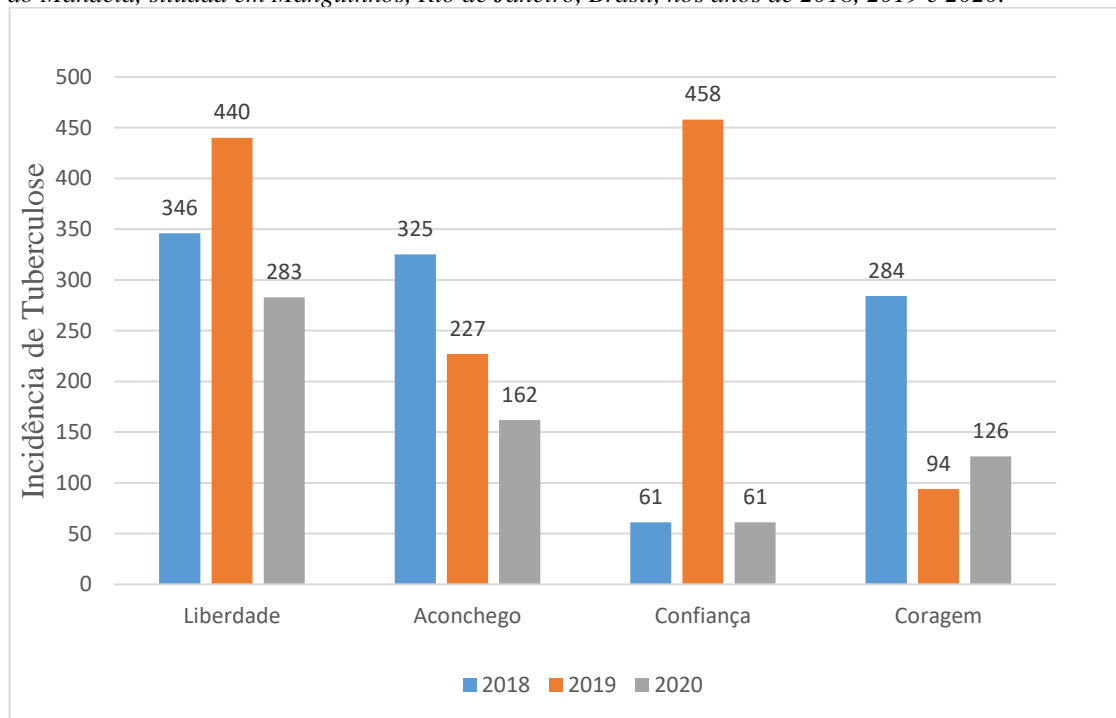
O Gráfico 4 Incidência acumulada de casos de tuberculose, demonstra que na média dos três anos analisados, o território que a equipe Liberdade acompanha, que têm em grande parte a sua área de atuação em Terreninhos, foi o que mais sofreu com os casos de tuberculose, tendo seu pico em 2019 com a incidência de 440/100.000 habitantes, foi o único que superou os números de incidência do Mandela como um todo nos três anos de análise, esse número pode ser explicado devido às piores condições de moradia e organização territorial encontrados em Terreninhos comparando com os demais territórios.

Logo em seguida a Equipe Aconchego que acompanha o Mandela Um, também obteve altos índices da doença, tendo o seu pico em 2018 com 325 casos para 100.000/habitantes.

A Equipe Confiança que têm a sua maior área de atuação no Mandela Dois, em 2019 obteve a maior incidência de todo o período estudado com incríveis 458 casos para 100.000/habitantes, oito vezes mais do que registrado em 2018 e 2020.

A Equipe Coragem que acompanha os Prédios da Embratel apesar de ainda possuir uma alta incidência de casos, em média foi a que obteve o menor índice, tendo o seu ápice em 2018 com 284 casos para 100.000/habitantes, isso revela que o modelo de moradia predominante encontrado nesse território pode amenizar a proliferação da TB.

Gráfico 4 - Incidência acumulada de casos de tuberculose, por 100.000/habitantes, atendidos pelas equipes de saúde da Clínica da Família Victor Valla (Liberdade, Confiança e Coragem) e pela equipe do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (Aconchego), nos diferentes territórios da Comunidade do Mandela, situada em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, nos anos de 2018, 2019 e 2020.



Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações retiradas do livro verde da tuberculose da Clínica da Família Victor Valla e por solicitação via vigilância do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, 2022.

6.3 O enfrentamento e as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Tuberculose no Território

Devido à alta vulnerabilidade social que propicia a incidência e a prevalência de casos de tuberculose na Comunidade do Mandela, é comum que os Agentes Comunitários de Saúde que trabalham nos territórios aqui citados tenham tido pelo menos uma experiência com acompanhamento de pacientes com TB.

As entrevistas realizadas junto a esses profissionais, revelaram que dos 12 participantes, 11 já realizaram esse acompanhamento e apenas o ACS 6 não teve essa experiência ainda, o que pode ser justificado por ser um dos profissionais que foram inseridos na Comunidade do Mandela durante o período de pandemia, onde muitos processos de trabalho e acompanhamento de pacientes foram alterados para suprir e fortalecer o combate à Covid-19. O ACS 6 inclusive revela o trabalho de recuperação de vínculo com os usuários pós pandemia e acredita que muitos casos de TB podem ser descobertos nesse retorno ao território:

Então, na minha visão possivelmente esse retorno pós pandemia o nosso acompanhamento ele ficou muito descaracterizado nesse período de pandemia então a gente voltando agora é como se a gente tivesse voltando do zero, com vínculos, com descobertas né o paciente não necessariamente ele vai vir aqui na unidade sem que a gente oriente, a gente numa visita descubra e ajude a ele a identificar que ele possa ser um paciente em potencial para estar com tuberculose no momento, então como a gente está retomando agora essas atividades novamente no território com mais afinco né acredito que a gente vai descobrir muitas coisas ainda que a pandemia deu uma camuflada.

O bairro de Manguinhos possui uma alta vulnerabilidade social tendo um dos piores IDSs do município do Rio de Janeiro. Quando perguntados sobre as possíveis causas do surgimento e prevaletimento da tuberculose no bairro, boa parte dos ACS relacionaram a doença com a vulnerabilidade social da população, apontando fatores como: a condição de moradia,

Pelas casas não serem casas arejadas, amplas, por ser uma casa pequena onde não tem nenhum tipo de ventilação e muitas casas você vê são casas úmidas, muito úmidas que não tem piso no chão que não tem o reboco na parede e são casas que tem muita infiltração e isso acaba prejudicando também o paciente (ACS 2).

A insalubridade do território:

O próprio território que é insalubre, é abandonado pelo Estado sempre foi e isso contribui para o avanço da doença também, falando especificamente do Mandela, especificamente as microáreas que a minha equipe atende são talvez a parte que mais necessita de atenção no complexo Manguinhos provavelmente é ela, eu acho que tudo isso vai contribuindo para esse aumento (ACS 12).

Outra causa para o surgimento e o prevaletimento da tuberculose no território segundo os ACS é o abandono do tratamento, onde devido a duração mínima de 6 meses e a necessidade constante de realização de exames e consultas, os pacientes acabam desistindo no meio do tratamento, o que possibilita a multirresistência e a proliferação da doença aos contactantes:

[...] acho que seis meses que se leva hoje em dia para um caso normal de tuberculose aí você tem um abandono pela aquela sensação de tã curado, tá se sentindo bem, tem a sensação de que está curado e talvez essa seja a grande dificuldade porque a partir do momento que ele acha que tá curado ele talvez não se sinta mais na obrigação de tomar a medicação por mais alguns meses que é um perigo por conta da questão da multirresistência (ACS 11).

“Eles também que estão com tuberculose muitos não levam o tratamento até o final, até começam, mas não levam, não se tratam e é isso, vai passando de família em família né” (ACS 4).

A desinformação e a falta de publicidade da doença também surgiram como causas:

Olha, eu acredito que na nossa comunidade tem muitos casos de tuberculose, mas as pessoas por falta de conhecimento da doença ela não acaba buscando o tratamento e isso acaba se alastrando mais pelo fato da pessoa não ter o tratamento ela acaba transmitindo a doença para os familiares ou para quem está próximo (ACS 2).

“Bom eu acho que primeiro a falta de publicidade para esse tipo de doença porque a gente não tem uma campanha para tuberculose, uma campanha que seja eficiente” (ACS 12).

O preconceito:

[...] existe o preconceito também, hoje em dia não é todo mundo que usa máscara, mas antes ninguém usava máscara e aí existe um preconceito de estar usando a máscara para poder não proliferar a doença né e é isso, hoje já é mais fácil esse uso da máscara em si e vai ser isso, o facilitador é isso é a falta do sol, da assepsia né, a falta disso (ACS 8).

[...] a forma preconceituosa de como a tuberculose é tratada né, de repente é por isso inclusive a gente não tenha uma campanha publicitária para tuberculose, como é uma doença que atinge população de maioria pobre, negra, de favela, não sei se a maioria negra, mas a maioria pobre de favela talvez esse seja o principal motivo para que não haja uma campanha mais contundente voltada para isso para o tratamento, mas principalmente para a prevenção (ACS 12).

O acompanhamento dos pacientes com TB requer tempo, dedicação e conhecimento do território dos ACS. A longa duração do tratamento necessita de um plano que consista em manter o usuário sempre à vista dos profissionais de saúde para a realização constante de exames e consultas, ingestão de medicamentos e acompanhamento periódico dos contactantes.

Neste sentido, a estratégia que mais exige dos Agentes Comunitários de Saúde é o Tratamento Diretamente Observado – TDO/DOTS, pois, requer um acompanhamento em

muitos casos diário para garantir a ingestão dos medicamentos pelo usuário, que muitas vezes está em uma situação de vulnerabilidade altíssima.

Além do tempo e dedicação que o DOTS requer do ACS, o conhecimento do território também se torna importantíssimo na busca dos pacientes quando não encontrados em domicílio para que não se perca nenhum dia do tratamento e para antever qualquer dificuldade que possa ocorrer e prejudicar a ingestão completa dos medicamentos pelos pacientes (GONZALEZ *et al.* 2015).

O ACS 1 ao ser perguntado sobre as dificuldades enfrentadas no acompanhamento dos pacientes com TB e se já havia realizado o DOTS, mostrou uma grande preocupação com os abandonos e uma situação de vulnerabilidade extrema:

Vários, houveram alguns abandonos que tive que acompanhar com o DOTS. Os DOTS que eu fiz foram de duas famílias na época e era de segunda a sexta, tinha que lá levar a medicação e ver eles tomarem. Tinha uma residência que me marcou que nem água tinha então eu tinha que levar uma garrafinha de água para poder o paciente tomar a medicação para não haver novamente o abandono, que além da falta de alimentação e das outras dificuldades que eles têm, nem a água eles tinham para beber.

O ACS 9 também falou sobre vulnerabilidade de um paciente e revelou uma alternativa encontrada para garantir a ingestão diária do medicamento pelo paciente nos dias em que não é possível realizar a visita domiciliar:

Tive dois com DOTS, um com DOTS que eu tinha que acompanhar totalmente mesmo, outro eu tinha que semanalmente tá vendo até as casquinhas da medicação se a pessoa utilizou mesmo, já o outro não, esse era DOTS diário aí nos finais de semana a pessoa me fornecia as cascas vazias para comprovante de que tinha utilizado a medicação. A dificuldade maior que eu vejo é até mesmo a questão da alimentação, da moradia, nesse caso do DOTS que eu fiz o DOTS mesmo era a questão da moradia, a questão da alimentação, se queixava de que não usava a medicação por não se sentir bem, não tinha uma alimentação adequada e aí passava mal se sentia fraco aí tinha tudo isso.

Ao fim das entrevistas, foi constatado que todos os ACS que já realizaram acompanhamento de pacientes com TB no território, ou seja, menos o ACS 6, já precisaram adotar em algum momento o DOTS, que pela alta incidência de casos da doença justificados e somados às condições de vida da população da Comunidade do Mandela, a oferta do tratamento diretamente observado precisa ser feita a todos que recebem o diagnóstico de tuberculose.

Conhecer os hábitos e costumes do paciente e da família é essencial na montagem da estratégia de DOTS para identificar possíveis abandonos. O ACS 8 relatou um caso recorrente

e como o seu conhecimento prévio da família e a criação de vínculo ajudou na adesão aos tratamentos dos pacientes:

Ana nesse momento por um conhecimento ela é reincidente, ela já teve outras vezes, mas nesse momento porque eu acredito que ajudou um pouco é que já conheço a família já de muito tempo então aderiu o tratamento e está finalizando o tratamento já. O Darci é um acesso maravilhoso ele me recebe muito bem, a família dele e a esposa também me recebe bem, sempre me responde por telefone, presencial, vindo aqui na unidade, quando ele precisa remarcar as consultas porque por algum motivo ele não vem ele entra em contato agente remarca então tem um acesso bom.

O trabalho em conjunto do ACS com a família também é importantíssimo para que o paciente consiga aderir corretamente ao tratamento e finalizá-lo:

Então no começo os pacientes eles vêm com TB bem frágeis, bem doentes, bem debilitados aí eles vêm aqui fazem exame, dá positivo aí no começo eles até né começam direitinho porque eles estão ruins, emagrecidos né, aí no começo até vai, mas logo depois eles abandonam, a maioria se não tiver uma família estruturada para ficar ali pegando no pé entendeu porque só o ACS em si com essa ação para poder fazer o DOTS não dá se não tiver uma parceria com a família (ACS 7).

As dificuldades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde ao longo do acompanhamento dos pacientes com TB principalmente as relacionadas ao DOTS são as mais variadas. Muitos usuários possuem resistência em tomar os medicamentos devido a quantidade (Tabela 4) e às reações adversas (Tabela 5).

Neste momento, o ACS aparece como um negociador, acolhendo as demandas de cada paciente para entender a melhor forma de agir, seja disponibilizando água para auxiliar na ingestão como foi o caso do ACS 1 ou encaminhando os usuários para os médicos e enfermeiros da equipe em caso de reações adversas como o caso do ACS 10 a seguir:

A adesão para alguns pacientes é complicada né, a medicação tem alguns efeitos colaterais, e aí por conta dos efeitos as pessoas não tem tanta adesão assim a medicação. Já precisei fazer DOTS também nos pacientes e a gente tenta ir mudando, cada paciente tem uma dificuldade é um paciente diferente, nem todo paciente vai ser igual nem todos você vai precisar fazer o DOTS as vezes os pacientes que não fazem DOTS vão ter uma adesão um pouco melhor as vezes aqueles que vai precisar de DOTS então a gente tenta entender a demanda de cada paciente para poder saber a melhor forma de agir.

Tabela 4 - Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade).

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de BRASIL, 2011.

R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

¹A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil – Ministério da Saúde, 2019.

Tabela 5 - Reações adversas menores aos fármacos do Esquema Básico do tratamento da tuberculose.

EFEITOS ADVERSOS	PROVÁVEL(EIS) FÁRMACO(S) RESPONSÁVEL(EIS)	CONDUTAS
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia	Etambutol Isoniazida Pirazinamida Rifampicina	Reformular o horário da administração dos medicamentos (duas horas após o café da manhã). Considerar o uso de medicação sintomática. Avaliar a função hepática.
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar.
Prurido e exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Medicar com anti-histamínico.
Dor articular	Isoniazida Pirazinamida	Medicar com analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais.
Neuropatia periférica	Etambutol (incomum) Isoniazida (comum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50mg/dia e avaliar a evolução.
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Etambutol Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol ou colchicina, se necessário.
Cefaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência)	Isoniazida	Orientar.
Febre	Isoniazida Rifampicina	Orientar e medicar com antitérmico.

Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil – Ministério da Saúde, 2019.

A Longa duração do tratamento de no mínimo seis meses que é a soma da fase intensiva (dois meses) mais a fase de manutenção (quatro meses) conforme o esquema básico do tratamento da TB, requer um compromisso do paciente e do próprio ACS para evitar ao máximo o abandono ou a interrupção da ingestão dos medicamentos, que poderiam acarretar um

prolongamento do tratamento, a multirresistência da doença ou a disseminação do bacilo aos contactantes.

A estratégia da realização do DOTS pelo menos nos dois primeiros meses (fase intensiva) é indicada neste cenário de vulnerabilidade que se encontra a Comunidade do Mandela para auxiliar o paciente e perceber possíveis dificuldades que possam existir ao longo tratamento, além de reduzir o contágio da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Uma frustração sentida durante as entrevistas com os ACS é o abandono do tratamento nos últimos meses como relatam o ACS 3 e o ACS 12, que se desdobram para conseguir encontrar o paciente:

Já fiz DOTS, já teve abandono no quinto mês, geralmente é no quinto mês que as pessoas abandonam, já bem no finalzinho que aí a pessoa vê que já está bem, acha que já não precisa mais, mas isso tudo é explicado lá no início do tratamento e agora a forma de começar o tratamento da tuberculose mudou, a gente já inicia com o DOTS, no primeiro mês, até 26 dias né, porque o contágio antes eles falavam que eram 15 dias aí depois passou para 21 dias então a gente acompanha assim quase um mês. Para todos os pacientes nós já iniciamos com o DOTS. As vezes quando a gente não encontra o paciente em casa ou então ele fala assim “eu vou tomar a medicação depois” aí eu falo assim “não, eu preciso ver porque é um tratamento supervisionado porque eu não estou desconfiando de você, mas é porque eu quero seu bem-estar, eu quero saber que você vai se curar dessa doença que você está nesse momento e você vai se reestabelecer é só pelo seu bem, seu cuidado” aí eu vou e converso aí a pessoa pega e toma, as vezes tem vergonha porque a gente chama no portão aí eles vem já com o copo com a medicação na mão aí o vizinho olha e eles já ficam assim meio receosos, mas em algumas vezes a gente já não consegue encontrar, ele começa a se esconder, ele não atende (ACS 3).

O primeiro paciente que foi o que abandonou no quinto mês o acompanhamento dele foi difícil porque como ele abandonou no quinto mês, na verdade ele abandonou no quinto mês, mas ele já dava a entender que abandonaria durante o processo porque era um paciente difícil que faltava consulta, pegava o medicamento, levava para casa e não tomava o medicamento da forma correta e não aceitava o DOTS na unidade também que é uma oferta nossa que é o ideal inclusive para esse paciente, mas ele recusava então com ele foi bem difícil e ele decidiu encerrar o tratamento no quinto mês e abandonou (ACS 12).

O ACS 2 também relata a busca incessante pelo paciente que abandonou o tratamento:

Já tive dois casos de tuberculose, um foi super tranquilo, o paciente aderiu muito bem ao tratamento, chegou ao final do tratamento, mas o segundo o caso de tuberculose eu

tive muita dificuldade, da pessoa não estar vindo, tomar a medicação, o paciente não estar vindo para as consultas e ao final do tratamento faltando um mês, menos de um mês para terminar o tratamento o paciente desistiu do tratamento, sendo que ainda estou fazendo a busca ativa do paciente, indo atrás pedindo para a paciente vir a unidade ela chegou a vim na unidade, fazer os primeiros exames para dar o início ao tratamento, ela fez os exames e não retornou a unidade para estar sendo feita a avaliação desses exames, eu tive muita dificuldade com esse último paciente em questão de seguir o tratamento.

Outra dificuldade relatada pelos ACS durante o DOTS é a administração dos medicamentos junto aos pacientes que possuem envolvimento com tráfico como foi o caso do ACS 5:

Então eu tive um paciente há uns sete anos atrás mais ou menos que ele era do tráfico né e aí ele foi diagnosticado com a TB, porém, a gente fez o inicial dele mesmo tomar as medicações dele em casa, fazer o tratamento dele, que não deu muito certo, ele piorou, teve essa piora, teve esse abandono também algumas vezes e aí a gente adaptou o DOTS né no apartamento dele, aí eu ia até lá na residência dele só como ele era do tráfico de drogas, ele passava a noite acordado e durante o dia ele ficava dormindo então nem sempre ele acordava para me atender, as vezes também não estava de bom humor, falava que não iria tomar o remédio, nem me atendia direito e a casa dele também tinha uma dificuldade porque para chegar lá era uma escada de madeira e alguns degraus estavam já quebrados e ele conseguia entrar não sei como, agora eu tinha que sabe pendurar para chegar até lá também tinha essa dificuldade e esse foi o DOTS mais complicado que eu fiz, por fim, ele acho que se curou sozinho porque ele não terminou (ACS 5).

Outro ponto que requer bastante atenção e é abordado pelo ACS 12 é a dificuldade dos pacientes que estão privados de liberdade em conseguirem manter o tratamento.

O segundo paciente, paciente que foi muito tranquilo acompanha-lo, mora lá no território, não mudou, desde então fazíamos o DOTS dele desde o início do acompanhamento porque ele preferiu assim, então a gente foi muito tranquilo, ele vinha dia sim dia não na unidade, então um dia ele tomava e nesse mesmo dia ele levava para casa para tomar no dia seguinte e assim a gente ia intercalando com exceção de sexta feira que a gente dava para ele de sexta, sábado e domingo ou ele tomava na sexta e levava de sábado e domingo, enfim, foi tranquilo, mas o tratamento dele foi interrompido no terceiro mês como disse porque ele foi preso e aí esse acompanhamento agora talvez o que eu possa falar já que não estou expondo ele, o nome dele é que a dificuldade agora é de alguma forma tentar convencer o sistema prisional que ele tem direito a continuar tomando o medicamento porque já tem algum

tempo que ele foi preso pelo menos um mês ele não tomou nenhum medicamento mais (ACS 12).

O conhecimento sobre a dinâmica de contaminação e estratégias de enfrentamento à TB é essencial para que o profissional consiga desenvolver um trabalho mais efetivo no território. O oferecimento de cursos, palestras, fóruns e capacitações sobre o tema por seus empregadores precisa ocorrer com a frequência e qualidade que a tuberculose demanda.

Dos 12 entrevistados, oito confirmaram ter recebido algum curso específico para o enfrentamento à tuberculose e quatro não receberam. O ACS 11 confirmou ter recebido capacitações e se sente apto para o enfrentamento à TB:

Na verdade, eles estão sempre com essa capacitação né, as vezes muda alguma coisa do protocolo, mas assim posso dizer que basicamente muda, mas pelo tempo que a gente trabalha e a gente tem algumas capacitações acho que eu me sinto apto ao enfrentamento à TB eu acredito que acho que têm sido suficiente a capacitação que eles tem dado aí.

Já o ACS 12 falou que apenas recebeu um treinamento de oferta de exame de escarro ao paciente SR:

Para o enfrentamento não, não recebi nenhum curso, mas nós fomos treinados para fazer a coleta do escarro, não necessariamente a coleta do escorre porque o agente comunitário não tem essa atribuição na verdade é um treinamento mais raso, acho importante falar isso, mais raso, mais simples na verdade é que a gente foi treinado a andar por exemplo com um potinho, se perceber alguém na comunidade com tosse já há muito tempo então esse treinamento básico a gente tem, não necessariamente para a coleta.

Para que a incidência da tuberculose possa efetivamente cair é necessário adotar ações preventivas. Se por um lado as equipes de saúde ficam de mãos atadas com relação a mudança efetiva da condição de moradia das famílias e organização territorial, por outro lado, ações educativas e informativas além da oferta de exames como o Derivado Proteico Purificado (PPD) que indica o grau de exposição ao bacilo e a necessidade de tratamento preventivo para evitar que se desenvolva a tuberculose (FIOCRUZ, 2022) podem e devem ser realizadas. Os ACS neste sentido relataram as ações realizadas por suas equipes:

Posso falar particularmente da minha equipe que realmente o olhar mudou e a equipe toda está um pouco mais fechada em relação a essa busca ativa, captação, ofertamento da prova tuberculínica do chamado PPD, está se ofertando mais agora, está mais intensa essa busca ativa pelos contactantes e acho que deu uma guinada no olhar da equipe (ACS 11).

O ACS 7 falou das ações educativas e informativas: “Então, a gente sempre está fazendo ação entendeu dentro do território, palestra, levantando fóruns, sempre quesito a tuberculose entendeu? Grupos, dessa forma”.

Já o ACS 9 relatou uma ação porta a porta para a identificação de possíveis casos:

A gente já chegou a fazer algumas ações, inclusive aquela de rastreio que tem ir de domicílio a domicílio, no meu pedaço na época tem sempre um pedaço que parece que há infestação, aquilo vai contaminando um a um e aí chegou uma época que eu acho que tinha cinco, então fomos cada casa perguntando a respeito, não só eu, eu e a equipe perguntando sobre sintomas, se alguns tinham, alguns foram identificados... (ACS 9).

A busca dos contactantes: “sim a gente acaba dando estratégia para ir atrás do paciente, não só paciente, mas, de todos os contactantes, de todos da família” (ACS 2).

Alguns ACS relataram que não há ações de prevenção à tuberculose, apenas tratamentos que já chegam na unidade com sintomas e diagnóstico:

Atualmente não tenho visto nada disso daí não de ninguém tentar implementar nada não, até mesmo quando já chega na equipe já está a situação ali instalada, a pessoa já está com alguma queixa, geralmente só vem com queixa, “ah eu tô tossindo a tanto tempo” “tô tendo febre” “ah eu tô com uma dor” “tô com dificuldade de respirar” aí vai fazer um raio X vai fazer alguma coisa, vai fazer um BAAR e descobre que é tuberculose (ACS 3).

Eu não tenho uma resposta formulada em relação a isso né, atualmente eu entendo que o que nós temos conseguido fazer de fato eu não interpreto como uma coisa que nos traga tanto retorno né, o paciente quando ele tem os sintomas ele vem na unidade ele procura a gente não consegue até o momento criar uma barreira ou criar uma pesquisa ou criar um grupo né a gente está reestruturando ainda, é uma falha? Eu considero como uma falha sim, só que em contrapartida é um tempo que a gente está tentando resgatar (ACS 6).

O ACS 1 fala do impacto da pandemia para explicar a ausência de ações preventivas:

Antes da pandemia a gente fazia muito grupo, então tinha uma visibilidade melhor para as pessoas, fazíamos grupo sobre a tuberculose, DSTs, depois que veio pandemia isso ficou um pouco mais esquecido até porque a gente não podia ir mesmo para o território pelo risco do contato e acho que hoje em dia é mais feito mesmo na sala de atendimento se tiver, a gente fala sobre o assunto e na consulta (ACS 1).

O ACS 12 atribui essa falta de ações preventivas com a ausência de recursos materiais para a exposição da doença e relata algumas ações que poderiam ser adotadas quando questionado se ele costuma expor ideias sobre o assunto com sua equipe:

Ah, não existe ação de prevenção contra a tuberculose na minha equipe, o que existe é um acompanhamento do paciente que se deixa acompanhar através do DOTS, das consultas, essa é uma falha algo que a gente já vem discutindo inclusive em reunião de como a gente pode melhorar, mas também acho que isso é muito fruto dessa ausência de campanhas, de material publicitário, encarte, coisas que a gente possa distribuir que raramente chega na unidade alguma coisa relacionada (ACS 12).

Com muita frequência, praticamente em todas as reuniões e em outros momentos que a gente conversa sobre algum paciente especificamente, eu realmente costumo fazer isso até pela minha formação em pedagogia eu entendo que ter um consultório mais informativo, a gente não pode botar muita coisa fora do consultório, mas dentro do consultório a gente pode colar na parede alguma coisa, melhorar a nossa comunicação e a própria comunicação dentro da favela com encartes, com folders explicativos, enfim, então sim (ACS 12).

O ACS 1 fala da possibilidade de ações nas escolas:

Acho que deveria ser implementada ação nas escolas já que a gente tem acesso a colégio, as crianças e os adolescentes conseguem entender, então se o seu filho entende o que é tuberculose talvez quando você começar a apresentar algum sintoma ele já vai perceber e vai te orientar, mãe, pai procura o posto que talvez isso seja tuberculose. Se você começar de pequeno eu acho que a família vai ter uma visão melhor e vai ter um entendimento melhor do que que é a doença até porque as pessoas ainda têm muito preconceito quando a gente fala em tuberculose.

Os ACS também foram indagados sobre debates e discussões com outros profissionais da equipe sobre possíveis ações e acompanhamentos dos pacientes com TB:

Praticamente toda a reunião de equipe falamos é um dos principais temas, tuberculose e gestantes, mas tuberculose têm sido o alvo, nós colocamos as famílias e os possíveis casos e aí debatemos, os médicos tentam ver alguma estratégia para fazer com que eles comecem o tratamento né, já falamos de eles virem buscar, dar o DOTS, a gente levar o DOTS lá né, mas assim a gente ainda tá cavando o poço para ver se a gente consegue (ACS 4).

Toda reunião de equipe que chega um TB na nossa área a gente fala sobre ele, sobre os contactantes, o que a gente pode fazer né para poder trazer todo mundo para fazer exames, raio X e a gente monta ali um plano assim para poder toda a equipe tá voltada para ele, não que ele seja só da minha microárea, mas ele é da equipe inteira então as

vezes eu não estou presente ou não estou perto aí chega ele ou alguém da família tanto aqui quanto no território toda a equipe está preparada a gente tem esse conhecimento (ACS 5).

O ACS 7 chama atenção do auxílio da farmácia na busca ativa dos pacientes durante as reuniões de equipe evidenciando uma interação entre as categorias:

Sim sim, geralmente se tiver, assim mais assim a farmácia sempre contacta a equipe se aquele paciente que tem tuberculose naquele mês não pegou a medicação aí ele vai e contacta a equipe aí equipe vai até o agente de saúde manda fazer uma busca ativa perguntar o porquê do abandono entendeu? É uma interação entre farmácia, equipe, agente de saúde, dessa forma e agente sempre também está falando nas reuniões de equipe, sempre tem pauta sobre os tuberculosos.

A seguir algumas análises e discussões dos depoimentos dos ACS sobre processos de trabalho.

6.4 Processos de trabalho e percepções dos Agentes Comunitários de Saúde

Dentre tantas formas de arranjos e composições foram construídas as seguintes categorias: a primeira e segunda categoria respectivamente: “Tempo gasto semanalmente em atividades internas na unidade” e “Tempo gasto semanalmente presente no território”, foram elaboradas para verificar a divisão de tempo do ACS no universo das 40 horas semanais de trabalho e tentar identificar a priorização de tipos de atividades.

A terceira categoria: “Atividades internas realizadas na unidade de saúde” foi criada a partir dos relatos dos próprios ACS sobre a variedade e a quantidade de atividades desempenhadas dentro da unidade de saúde.

A quarta categoria: “O tempo de trabalho disponível no território é suficiente?”. Essa categoria procurou obter junto ao profissional uma resposta conclusiva sobre a sua percepção do tempo que possui para realizar atividades em saúde no território.

A quinta categoria: “Motivos para a não presença com maior frequência no território” conta com os relatos dos ACS sobre as atividades que mais lhe abstraem o tempo de atividades que poderiam ser feitas no território.

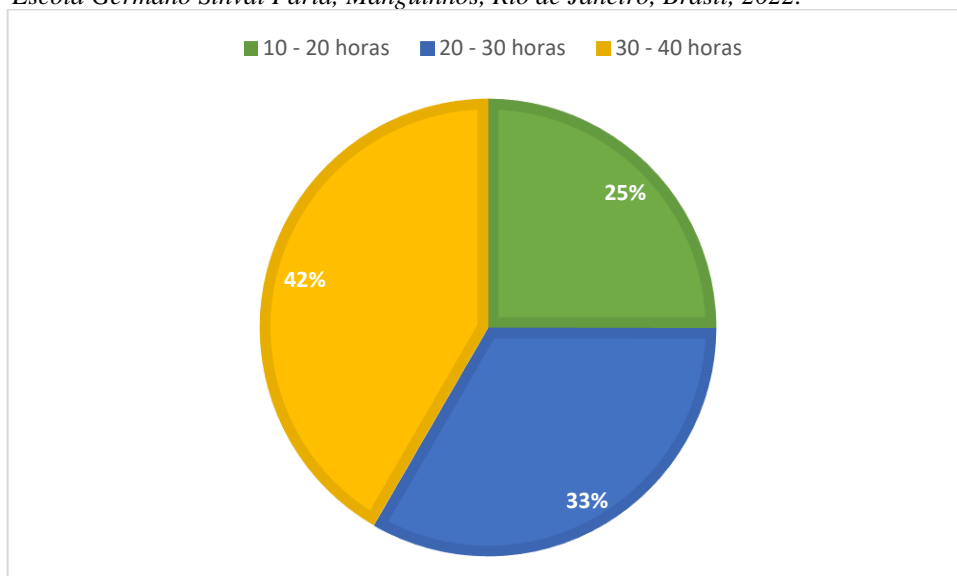
A sexta e última categoria: “Impacto da falta de tempo disponível para ações no território” traz algumas consequências apontadas pelos agentes da não ida aos seus respectivos territórios para o acompanhamento em loco dos pacientes.

Tempo gasto semanalmente em atividades internas na unidade e Tempo gasto semanalmente presente no território

Para tentar identificar as atividades que mais ocupam a carga horária semanal de 40 horas sejam elas internas (unidade de saúde) ou no território (visitas domiciliares) dos Agentes Comunitários de Saúde, os profissionais foram perguntados sobre uma estimativa de tempo gasto entre os dois tipos de atividades. O gráfico 5, representa uma estimativa de tempo gasto em atividades internas onde os ACS tiveram as seguintes opções: 0 a 10, 10 a 20, 20 a 30 ou de 30 a 40 horas, as opções escolhidas revelaram que 75% dos entrevistados apontaram que passam mais de 20 horas semanais somente em atividades dentro da unidade enquanto que 25% informaram passar entre 10 e 20 horas e nenhum entre 0 e 10 horas.

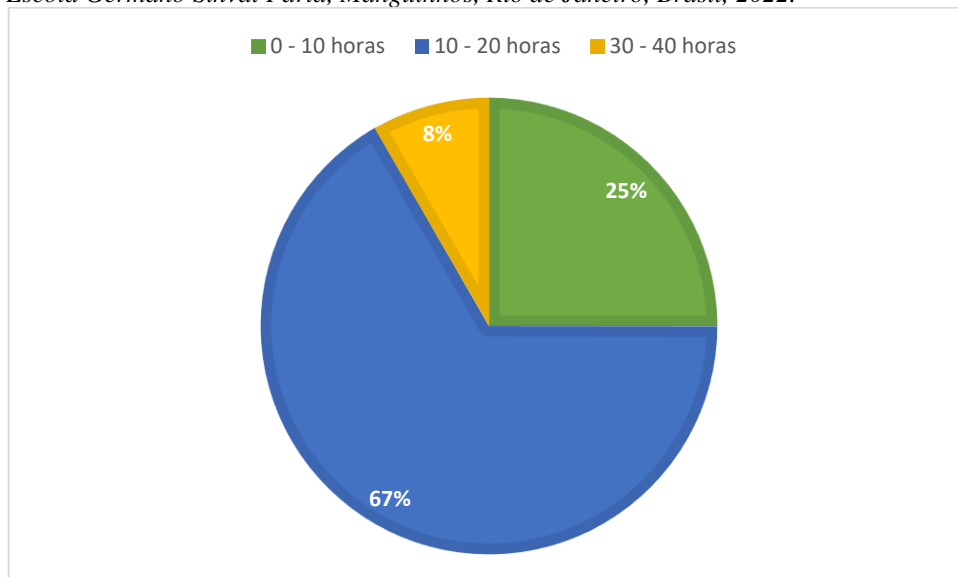
O gráfico 6 está representado pela estimativa de tempo gasto no território realizando atividades como visitas domiciliares, os ACS também tiveram as seguintes opções: 0 a 10, 10 a 20, 20 a 30 ou de 30 a 40 horas semanais. 92% dos profissionais informaram passar até 20 horas no território sendo que dessa porcentagem 67% revelou estar presente no território apenas até 10 horas. 8% dos entrevistados apontaram passar entre 30 e 40 horas realizando atividades como visitas domiciliares.

Gráfico 5 - Estimativa de tempo gasto semanalmente em atividades dentro da unidade de saúde pelos Agentes Comunitários de Saúde das equipes Liberdade, Confiança, Coragem da Clínica da Família Victor Valla e equipe Aconchego do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Gráfico 6 - Estimativa de tempo gasto semanalmente presente no Território realizando atividades em saúde pelos Agentes Comunitários de Saúde das equipes de saúde *Liberdade Confiança, Coragem da Clínica da Família Victor Valla e Aconchego do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.*



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

Os ACS possuem aproximadamente entre 180 e 200 famílias para acompanharem no território e são cobrados por produtividade de visitas domiciliar mensalmente, porém, as entrevistas revelaram que os Agentes Comunitários de Saúde passam mais tempo dentro da unidade do que no próprio território realizando esse acompanhamento dos pacientes em loco. Os dados mostram uma inversão da divisão do tempo semanal dos ACS onde a prioridade torna-se a atividade interna e a ida ao território passa a ser uma atividade secundária correndo na contramão do que a própria Política Nacional de Atenção Básica – PNAB descreve como as principais atribuições do profissional.

Atividades internas realizadas na unidade de saúde

Ao longo da análise das entrevistas, foram extraídas as atividades internas realizadas na unidade de saúde mencionadas pelos ACS e a função correspondente de cada uma. Na Tabela 6 é possível verificar também o número de vezes em que as atividades apareceram nos discursos. As atividades: Farmácia do Covid-19, Escriba de Vacina do Covid-19 e Porta de entrada são funções atribuídas devido ao advento da Pandemia da Covid-19 que remanejou os profissionais de saúde a essas novas atividades.

O Acolhimento, Lançamento de Visita Domiciliar, Atualização e Recadastramento, Reunião de Equipe, Grupos e Supervisão dos ACS são atividades da “rotina normal” dos profissionais. O Acolhimento foi a atividade mais mencionada nas entrevistas, logo em seguida a Atualização e Recadastramento.

Tabela 6 - Atividades internas realizadas na unidade de saúde segundo os Agentes Comunitários de Saúde das equipes Liberdade, Confiança e Coragem da Clínica da Família Victor Valla e equipe Aconchego do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil, 2022.

Atividades	O que é?	Nº de vezes que apareceu nas entrevistas
Acolhimento	Recepção dos pacientes no guichê da equipe	13
Farmácia do Covid	Informar ao paciente sobre o resultado do teste e fornecer o medicamento.	3
Escreva de Vacina do Covid	Preenchimento de informações referentes a aplicação da vacina nos usuários.	4
Porta de entrada	Recepção dos pacientes na entrada da unidade para questioná-los sobre sintomas.	3
Lançamento de Visita Domiciliar	Inserção de informações no sistema obtidas durante as visitas domiciliares.	5
Atualização e Recadastramento	Inserção de informações no novo sistema devido a não migração dos dados do antigo banco.	9
Reunião de equipe	Momento em que todos os integrantes da equipe se reúnem para discutir sobre processos de trabalho e situações de pacientes.	2
Grupos	Encontro com os usuários da unidade para a discussão sobre temas como: hipertensão, diabetes, gestação, puerpério...	2
Supervisão dos ACS	Momento em que a enfermeira da equipe se senta para conversar com os ACS sobre ações em saúde e produtividade.	1

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

O tempo de trabalho disponível no território é suficiente?

Ao serem indagados sobre a disponibilidade de tempo para realizarem atividades em saúde no território, 10 ACS afirmaram que o tempo é insuficiente e apenas dois disseram ser suficiente.

Motivos para a não presença com maior frequência no Território

A pandemia da Covid-19

A pandemia fez parte de muitos dos discursos dos entrevistados quando perguntados sobre o porquê de não conseguirem sair ao território para realizarem atividades em saúde como visitas domiciliares com mais frequência. Muitos ACS apontam uma mudança muito brusca de suas rotinas de trabalho devido a Covid-19 onde precisaram ser remanejados para diferentes escalas internas e auxiliarem a grande demanda que a unidade recebeu durante todo o período.

A fala do ACS 2 exprime bem a situação que os profissionais viveram ao longo dos mais de dois anos de pandemia e o reconhecimento do desvio de finalidade de seu trabalho:

Nesse momento de pandemia a gente está com essa dificuldade porque o serviço do ACS era totalmente no território e hoje em dia com a pandemia a gente teve que vê nossa rotina de trabalho totalmente mudada, porque nosso serviço era no território e agora a gente tá totalmente preso aqui dentro da unidade.

Quando perguntado sobre o tempo disponível para ir ao território, o ACS 3 diz não ser suficiente o tempo e atribui esse fato a pandemia, porém, mostra uma compreensão pelo momento vivido e uma preocupação em não disseminar a Covid para seus pacientes:

Então...não está sendo suficiente porque a gente precisaria ir mais nas casas para fazer uma atualização de cadastro e tudo, só que foi tudo por conta da pandemia, então nosso tempo ficou mais restrito a aqui dentro até mesmo para nossa segurança né, porque também se eu pego Covid eu tô indo de porta em porta disseminando a Covid para as pessoas, porque eu já peguei duas vezes a Covid então nesse tempo eu fiquei no meu tempo quarentena em casa para não transmitir, mas foi só mesmo por causa da pandemia que mudou todo nosso cenário de trabalho.

Já o ACS 1, relembra as atividades que conseguia fazer no próprio território antes da pandemia, inclusive a busca ativa dos pacientes com tuberculose e reconhece o desvio de finalidade do Agente Comunitário de Saúde:

Antes da COVID, antes de fazerem essa escala fechada entre todos os ACS, a gente tinha liberdade para poder ir no território, fazíamos nossos cadastros, conhecíamos nossos pacientes, sabíamos quando a gestante estava grávida porque a gente sabia antes de chegar aqui que a gente mesmo orientava, fazíamos baixa de pré natal, fazíamos visita quando a pessoa tinha alta hospitalar e fazíamos busca ativa de pessoas com tuberculose, hoje em dia acho que estamos muito presos dentro da unidade sendo que o trabalho do Agente de Saúde é dentro do território.

Os ACS que foram integrados ao longo desse período de pandemia, aos poucos conseguem realizar pela primeira vez com uma certa regularidade ações em saúde no território, como é o caso do ACS 4 e para o ACS 6 apesar de uma experiência prévia é como começar todo um trabalho do zero devido ao tempo que ficou retido dentro da unidade:

Eu comecei vão fazer dois anos, mas eu entrei na pandemia né, então eu fiquei um pouco engessada aqui na dentro da clínica e agora esse ano que nós retomamos o nosso trabalho normal assim (ACS 4).

Então, na minha visão possivelmente esse retorno pós pandemia o nosso acompanhamento ele ficou muito descaracterizado nesse período de pandemia então a gente voltando agora é como se a gente tivesse voltando do zero (ACS 6).

Acolhimento e escalas

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2012, p. 41) define o Acolhimento como: “Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências”, dentre as principais atribuições descritas na própria PNAB (2017) o acolhimento não aparece como um serviço direcionado apenas ao Agente Comunitário de Saúde, é uma ação que deve ser realizada em conjunto por todos os membros da equipe.

Vale ressaltar que o acolhimento ou o primeiro contato do usuário ao chegar na unidade de saúde é feito no guichê da equipe que o acompanha e o ACS é o profissional fixo nessa ilha de atendimento com revezamento entre turnos ao longo de toda a semana, tal organização é feita através de escalas que impõem ao ACS uma programação de atividade interna que oneram seu tempo de trabalho no território.

Ao ser perguntado sobre os motivos de não conseguir estar presente no território com mais frequência, o ACS 1 revelou que a quantidade de escalas de atividades internas impostas são os grandes empecilhos e relata a necessidade de poder contar com a parceria dos outros ACS para conseguir “escapar” para o território e realizar atividades importantes como uma busca ativa de pacientes:

O que impossibilita são as escalas feitas, se você tem uma escala você tem que seguir e é uma hierarquia, não tem como eu deixar um acolhimento, eu não ficar na escriba de vacina se meu nome está lá e na maioria das vezes é quase a semana inteira na escriba de vacina e na tenda do COVID, então são locais que você não tem autonomia para deixar e ir no território, na maioria das vezes que a gente tem ir fazer uma ação ou fazer uma entrega de SISREG ou uma busca ativa a gente faz mesmo estando nas escalas conversando com os próprios colegas para poder ser liberada, porque se for depender da escala a gente não sai daqui de dentro.

O ACS 11 vê o Acolhimento como uma oportunidade de talvez encontrar com aquele paciente que não fica em casa e realizar o acompanhamento na própria unidade, porém, reconhece que é uma função que acaba tomando bastante tempo:

Acho que a questão do próprio acolhimento que eu até entendo que é importante porque muitas vezes é no acolhimento que você identifica alguns pacientes inclusive do seu território que no dia a dia você não consegue encontrar por conta de conflito de agenda de trabalho inclusive quando muitas vezes quando você está no território o seu cadastrado usuário já está trabalhando também, então é importante você as vezes estar no guichê no acolhimento para você identificar muitas coisas que você não

consegue encontrar no dia a dia, mas de qualquer forma o acolhimento acho que toma bastante tempo nosso [...].

Já o ACS 12 é bastante crítico ao Acolhimento realizado apenas pelos ACS quando perguntado sobre a disponibilidade de tempo para realizar ações em saúde no território:

Não é suficiente, dez horas só de quarenta é muito pouco, não é suficiente, nosso trabalho deveria ser pelo menos próximo de trinta, deveria ser ao contrário né na rua então não é suficiente, o que impossibilita é um trabalho de acolhimento que o acolhimento em si que ao meu ver não deveria ser um trabalho feito pelo agente comunitário de saúde ainda que a gente tenha um contato com os nossos pacientes ali no acolhimento acho que não é nosso trabalho, dificulta muito a nossa ação.

Atualização e recadastramento de pacientes

Essa categoria foi criada a partir de alguns relatos dos ACS, onde indicavam um certo descontentamento em precisarem realizar o recadastramento e atualização do banco de dados dos pacientes, devido a não migração em sua totalidade dos dados entre o prontuário eletrônico antigo (E-SUS) e o novo (Vitacare), tal serviço é feito de forma manual pelos profissionais de modo a inserir cada uma das informações de cada componente familiar de sua microárea no novo banco de dados.

Em conversas com os ACS foi informado que não é a primeira vez que isso acontece, já ocorreram outras trocas de banco de dados e dificilmente há uma migração total dos dados sem precisar transferi-los manualmente. Esse processo acarreta uma perda de tempo que os Agentes Comunitários de Saúde não conseguem recuperar, por outro lado, se faz necessário e até urgente para que as informações cadastrais de seus pacientes não se percam.

Ao ser indagado sobre se as atividades internas realizadas na unidade impactam no tempo território, o ACS 5 é enfático e aponta essa necessidade de alimentar o novo prontuário como um dos motivos de não conseguir ir para o território:

Muito, eu acho muito porque como eu falei anteriormente entrou um sistema novo aqui na unidade e as famílias não migraram todas para esse sistema novo e aí a gente tem que ficar alimentando ele né diariamente para a gente voltar a ter o número de famílias que a gente tinha e tudo então o tempo que eu poderia estar rua fazendo uma visita, orientando, conversando sobre o fluxo da unidade eu tô aqui lançando sistema, alimentando o sistema.

O ACS 10 reforça ainda que essa migração manual dos pacientes toma boa parte de seu tempo de trabalho:

Como agente de saúde está em algumas escalas agora então a gente está na verdade com um novo prontuário que chegou pra gente, a gente está migrando os pacientes

manualmente né, cada paciente, cada família a gente está tendo que migrar então nosso tempo gasto hoje aqui na unidade é mais para fazer essa migração dos pacientes.

Assim como o ACS 8 que disse “acolhimento, lançamentos no sistema...é isso, basicamente é isso, com é um sistema novo ele consome muito tempo e fazendo nesse momento atualização de cadastro ele consome muito tempo, entendeu?”. O ACS 9 tenta otimizar o tempo no Acolhimento para fazer a migração dos pacientes entre um sistema e outro:

Ah agora pode ser até que eu passe mais por conta do cadastro, recadastrando, não sei se o Centro de Saúde já aderiu, mas aqui mudou o sistema e o novo sistema a gente tem passado mais tempo, até ali no acolhimento eu tento já ver algum cadastro, alguma coisa, porque mesmo os que migraram não migraram completo então a gente tem que atualizar, não só puxar o paciente em si, mas o que migrou a gente tem que atualizar então pode ser que esteja até mais um pouco, mas é isso.

Violência

Em algum momento das entrevistas, boa parte dos profissionais mencionaram alguma dificuldade relacionada a violência que os afastava do território, os conflitos armados protagonizados em grande parte pelo tráfico e a polícia acabam resultando em tiroteios que deixam o território instável e ainda mais vulnerável, neste sentido, quando há qualquer sinal de conflito os Agentes Comunitários de Saúde bem como todos os outros profissionais de saúde da unidade não realizam atividades externas à UBS.

Tais confrontos fazem parte da rotina de vida dos moradores e dos trabalhadores da saúde do bairro de Manguinhos como um todo dificultando ainda mais o acesso ao território e o planejamento de ações em saúde. O ACS 7 descreve bem essa situação:

É assim muitas das vezes tenho bastante dificuldade por conta das incursões que são bastante né dentro da comunidade então fica complicado porque se tiver incursão a gente não pode sair de dentro da nossa unidade, muitas das vezes a gente fixa ali dentro da equipe “vamos visitar fulano de tal, um acamado” e naquele outro dia já vamos na casa antes avisamos até mesmo para fazer uma coleta naquele acamado aí avisamos um dia antes que nós vamos na casa, entendeu? Que aí a equipe vai lá e chega nesse dia a gente não pode ir por conta do território, por conta das incursões policiais e assim ficamos sem condições de chegar até o usuário.

Atividades educativas também já precisaram ser suspensas devido à violência de acordo com o ACS 4:

Teve um mês que eu e as médicas né tentamos fazer uma atividade educativa na creche e nós simplesmente não conseguimos porque toda segunda feira que nós marcávamos

para ir sempre começava confronto e aí a médica desistiu e ligou para a diretora e falou para esperar um pouco quando acalmar a gente volta a fazer atividade na creche.

A imprevisibilidade dos confrontos desmonta qualquer plano que os profissionais possam ter com relação as atividades no território e devido a essa situação ao ser perguntado sobre se o tempo disponível para realizar essas ações era suficiente, o ACS 9 respondeu “mais tempo seria melhor, principalmente a questão de eu ter uma programação e essa programação não poder acontecer por conta da violência”.

O ACS 5 acredita que a troca de tiros é o motivo que mais o impede de estar presente no território “O território que vive em conflitos né, eu acho que além das condições adversas de chuva essas coisas assim né, acho que o tiro é o que mais me impede de atuar no território.

Impacto da falta de tempo disponível para ações no território

As consequências da falta de tempo e de regularidade de ações em saúde no território do Mandela ou do Brasil como um todo realizadas pelos ACS, são extremamente negativas para o SUS. A Atenção Primária a Saúde através da Estratégia Saúde da Família tem como objetivo aprimorar as ações de cunho preventivo para ao mesmo tempo evitar a sobrecarga de ações de carácter corretivo que muitas vezes como é o caso da Tuberculose demanda um longo acompanhamento do paciente com medicamentos, exames e internações.

Os Agentes Comunitários de Saúde nesse sentido, buscam uma maior interação entre a população e a UBS, essa aproximação propicia um conhecimento aprimorado das demandas dos usuários, resultando na melhor adesão aos tratamentos, às intervenções propostas pela equipe de saúde e até mesmo em estratégias de prevenção a doenças.

A falta de tempo disponível para realizar ações no território impacta por exemplo nesse vínculo que o ACS busca do usuário que acaba se perdendo, como relata o ACS 1 ao ser perguntado sobre se as atividades internas realizadas na unidade impactam no tempo de território:

Com certeza sim, o que acontece acaba impactando de forma negativa porque a gente vai perdendo o vínculo com os nossos pacientes, na maioria das vezes eles falam “eu pensei que você nem trabalhava mais” a gente fala, trabalhar aqui até trabalho, mas só venho para uma coisa assim mais pontuada aí eu posso vir aqui, fora isso eu tenho que ficar onde minha escala está sendo feito, como hoje pude te dar atenção porque hoje eu estaria no território se não se eu estivesse na vacina o dia todo eu não poderia te dar atenção que eu não poderia sair de lá.

O ACS 12 também confirma esse impacto e a dificuldade na aproximação de seus pacientes “Impactam com certeza, passo mais tempo dentro da unidade e não consigo produzir com qualidade, não conheço boa parte dos meus pacientes, isso é falta de tempo”.

O ACS 6 complementa e ainda aponta a expansão do território e o agravante da rotatividade de moradia dos usuários que torna ainda mais difícil o acompanhamento regular:

Sim, impactam se a gente for levar em conta o crescimento do território e a mudança do perfil das famílias, com esse crescimento a gente tem recebido pessoas de vários territórios, de vários lugares e aí com isso a gente já não consegue mais ter um tempo de qualidade para criar um vínculo né, o vínculo ele não se faz só com o primeiro contato de você bater na porta e fazer o cadastro é você visitar com mais frequência para conhecer, para observar, para eles te conhecerem, para que aquela família se sinta a vontade de compartilhar com o agente de saúde para que o agente de saúde consiga esclarecer questões da residência, questões culturais, questões do costume da família para ajudar a equipe de saúde a traçar de alguma forma um plano de atendimento e de tratamento para aquela família.

Outro impacto gerado pela falta de tempo no território é o agravamento de pacientes crônicos como hipertensos, diabéticos e tuberculosos pois necessitam de um acompanhamento periódico para garantir se o tratamento proposto pela equipe está sendo realizado e funcionando corretamente. O ACS 2 discorre um pouco por esse assunto e relata o dilema das cobranças pela defasagem desses acompanhamentos:

[...] a gente fica sem saber o que está acontecendo no território, por exemplo quando tem uma nova gestante, quando tem um novo morador ou quando um morador se mudou e foi para outro território, o que está acontecendo com o paciente hipertenso, diabético a gente está com essa grande dificuldade hoje. Quando a gente vai saber que um paciente faleceu já é depois de meses porque a gente não está tendo mais esse acesso como a gente tinha antes no território e está sendo uma grande dificuldade para o ACS porque a gente é cobrado, mas a gente não tem, a gente está sendo cobrado mas como a gente vai dar o retorno se não estamos indo para o território, cuidar daquele paciente, orientar aquele paciente, há essa dificuldade hoje com o ACS.

As ações em saúde no território vão ficando em segundo plano:

[...] ações de saúde no território vai ficando para depois, vai ficando para quando der, quando tem um tempo e é isso, ação de saúde no território já é meio complicado de fazer porque você gasta o seu tempo não só fazendo a ação, o tempo que a gente tem para poder ir no território já tem outras demandas que é cadastro, entrega de SISREG que é entrega de alguma outra coisa e ação de saúde de verdade você não consegue fazer no território porque te falta tempo (ACS 10).

O ACS 11 ao ser questionado sobre a disponibilidade do tempo para realizar ações em saúde no território ser suficiente ele é incisivo sobre a real função do ACS e alerta sobre a importância de acompanhar os pacientes em loco:

O tempo é insuficiente porque o trabalho do agente comunitário ele deveria ser majoritariamente no território porque você aproxima muito o serviço do usuário você consegue identificar muita coisa no território em loco que você aqui dentro da unidade dificilmente vai identificar (ACS 11).

7 DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa revelaram que apesar de integrarem a comunidade do Mandela, Terreninhos, Prédios da Embratel, Mandela Um e Mandela Dois são territórios que possuem algumas características e particularidades distintas entre si, como condições de moradia, saneamento e organização territorial, demonstrando assim os diferentes usos e funções por seus sujeitos desses espaços e consecutivamente gerando perfis e índices de saúde próprios como a diferença de incidência dos casos de tuberculose evidenciados na pesquisa.

Por se tratarem de territórios vizinhos em um bairro reconhecidamente vulnerável como é Manguinhos, com um dos piores IDS do município do Rio de Janeiro segundo o Instituto Pereira Passos, algumas informações socioeconômicas da população foram similares principalmente sobre emprego/renda, onde praticamente todos os ACS relataram que possuem um grande número de usuários desempregados, alguns mencionaram consequências extremas como a fome e alertaram sobre esse número ter aumentado ainda mais depois do período de pandemia da Covid-19.

A percepção do ACS sobre a relação desemprego/saúde é sentida no dia a dia de trabalho à medida que os corredores das unidades lotam, como relatou o ACS 7 que percebeu um aumento significativo de pessoas desempregadas e muitas até passando fome nos últimos anos, o que segundo ele impactou para o aumento do fluxo de pessoas doentes que chegam na UBS.

Pinheiro e Monteiro (2007, p. 42) corroboram também esse efeito do desemprego sobre a saúde das pessoas:

Vê-se que as consequências adversas do desemprego podem acarretar a desestruturação de laços sociais e afetivos, a restrição de direitos, a insegurança socioeconômica, a redução da auto-estima, o sentimento de solidão e fracasso, o desenvolvimento de distúrbios mentais, bem como o aumento do consumo ou dependência de drogas.

Outra questão compartilhada que aflige os moradores dos territórios é a falta de vagas nas escolas e creches presentes na comunidade, que podem explicar em parte o grande número de desempregados. Muitos dos ACS entrevistados relataram uma dificuldade dos pais em encontrar vaga principalmente na Creche Municipal Samora Machel e no EDI Doutor Domingos Arthur Machado Filho e acabam ficando sem ter onde deixar o filho para irem trabalhar. Esse é um problema recorrente no Mandela e no município como um todo, que muitas vezes precisa parar na justiça para se ter uma resolução como aponta a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (2022):

Entre janeiro e abril de 2022, a instituição recebeu mais de 1.500 demandas referentes à falta de vagas nas creches, número muito superior à demanda total de 2021. Desde 2018, quando a DPRJ adotou um sistema eletrônico de cadastro de casos agendados, 12.360 pessoas procuraram assistência jurídica sobre esse tema.

Ainda segundo o levantamento, 94% das pessoas que buscam atendimento são mulheres e negras (60,7%), somando-se pessoas pretas e pardas, conforme indica o IBGE. Trata-se, portanto, de um problema que atinge diretamente as crianças, mas também as mulheres, que sofrem consequências relacionadas à permanência no mercado de trabalho e consequente manutenção da casa e dos cuidados com os filhos.

A quantidade de vagas e equipamentos públicos de educação dispostos no Mandela não são suficientes para acompanhar o intenso crescimento populacional da comunidade. A ausência das crianças nas creches e escolas além de ocasionar um tremendo impacto no desenvolvimento desses sujeitos também os afasta de ações educativas em saúde como o PSE - Programa Saúde na Escola.

“O PSE tem como objetivo contribuir 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” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2022) essa ação é realizada pelos próprios profissionais da ESF, inclusive o ACS, que tem um papel fundamental de educador em saúde no território.

“O trabalho de educativo do ACS, além de construir conhecimentos, contribui para emancipação ou o ‘empoderamento’ da população no que tange à sua saúde e aos cuidados que devem ter para ampliar sua qualidade de vida” (FIOCRUZ, 2007, p. 109)

A insuficiência de políticas públicas de emprego/renda somados a ausência de uma política pública educacional eficaz que consiga absorver em sua totalidade jovens e adultos da comunidade do Mandela, deixam essa parte da população excluída à margem da sociedade e

potencializam a violência ligadas à principalmente ao tráfico de drogas. Os confrontos armados advindos dessa prática protagonizados na maioria das vezes entre a polícia e os traficantes, deixam o território instável e fragiliza ainda mais os seus moradores.

Todos os ACS em algum momento das entrevistas relataram dificuldades para acessar os pacientes devido a insegurança no Mandela, muitas ações em saúde já precisaram ser suspensas ou canceladas. Esse clima de instabilidade do território dificulta a concretização de plano e roteiros imaginados pelas equipes que impactam diretamente na saúde dos pacientes que precisam de acompanhamento em loco como idosos, acamados e pacientes com TB.

Ah, nesses doze anos acho que na verdade o que mais atrapalha a gente é essa questão da violência né, porque ao menor sinal de confronto ou alguma coisa assim é as vezes é alguma coisa que acontece num determinado horário da manhã, mas são coisas que vai reverberar por quase o dia todo e muitas vezes dependendo do dia ou até quando é mais tarde são coisas vai ter reflexo inclusive no dia seguinte porque a gente sempre fica na expectativa de que pode alguma coisa a mais acontecer então é isso, se tiver violência num dia, aquilo dependendo do grau a intensidade da violência aquilo acaba mexendo com a comunidade e com nós profissionais também que embora muitos de nós moramos na comunidade a gente acaba absorvendo isso também, então assim sem dúvida alguma a violência acho que é a que mais causa impacto no dia a dia (ACS 11).

A maioria dos ACS ou são moradores do Mandela ou moram em alguma outra localidade de Manguinhos, então, vivem essa rotina de instabilidade praticamente 24 horas por dia, mas é durante a realização do trabalho em sua microárea que fica mais exposto, por estar nas ruas realizando o porta a porta das visitas domiciliares.

Apesar de haver instruções de acesso seguro nas unidades que monitoram a ocorrência de confrontos armados, os ACS já se viram em algumas oportunidades de presenciarem tiroteios enquanto estavam nas VDs e neste momento, o conhecimento sobre o território os ajuda para encontrarem locais de abrigo ou de fuga para o retorno à unidade de saúde, mas, nem sempre esse conhecimento poderá ser suficiente, o que torna o trabalho do ACS ainda mais perigoso.

Goulart *et al.* (2021, p. 3) também aborda sobre os efeitos da violência no acompanhamento de pacientes e aponta que o ACS é duplamente afetado:

Os efeitos desse cenário violento, produtor de desigualdades e vulnerabilidades em saúde interferem diretamente nas atividades das equipes de Saúde da Família e é difícil de ser mensurado ou mesmo conhecido em profundidade, afetando negativamente o processo de trabalho, com a interrupção das atividades individuais e coletivas preconizadas. Diariamente, o medo assola os profissionais que precisam estar mais próximos à clientela, convivendo com a mesma insegurança e gerando

importantes consequências físicas e psicológicas em todos os envolvidos. Destaca-se que, diferentemente da maior parte das composições de equipes, a Saúde da Família opera com profissionais que residem dentro e fora dos territórios mais vulneráveis, sobretudo pela presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Uma vez que os ACS são potenciais usuários do próprio serviço, acredita-se que sejam dupla e desigualmente afetados em seu cotidiano de moradia e trabalho, pois testemunham situações de risco e conhecem as pessoas nelas envolvidas.

Neste sentido é necessário que se faça uma reflexão sobre estratégias que possam amenizar os riscos desse trabalho, além claro da eficácia de políticas públicas de segurança, que hoje, só pioram os conflitos.

Outro problema de acessibilidade observado pelo pesquisador e mencionado pelos ACS relacionado a violência é a instalação de barricadas em alguns pontos das vias que dão acesso ao interior da comunidade. A pé é possível circular, porém, o acesso em algumas áreas através de veículos maiores como carros e ambulâncias fica inviável.

Essa tática de bloqueio da rua é realizada pelos traficantes como uma forma de controle e para dificultar o acesso da polícia. As barricadas também geram problemas no acesso de ambulâncias que realizam atendimento aos pacientes do território, como foi relatado pelo ACS 10 em uma tentativa de acesso com o PADI em busca de um paciente idoso. Esse problema não se restringe a comunidade do Mandela, também há relatos de equipes de saúde em uma comunidade de São Gonçalo:

No Campo Novo, em Maria Paula, a população teme que as ações do tráfico resultem na falta de acesso a tratamentos de saúde. Uma equipe médica que oferece assistência domiciliar gratuita foi alvejada ao tentar retirar caçambas de lixo que impediam o tráfego na Rua A, próximo à comunidade Risca Faca. Os disparos atingiram o carro da enfermeira, e o médico responsável pela equipe informou aos moradores que pode suspender o serviço. Um relato acrescentou que os criminosos promovem festas todas as quintas, a céu aberto, com bebidas oriundas de cargas roubadas. Uma lata de cerveja é vendida a apenas R\$1. No Jardim Catarina também há dificuldades semelhantes. As barricadas na Rua Américo Miranda (antiga Rua 9) impossibilitam a entrada de ambulâncias. No local, há pacientes que realizam hemodiálise (O São Gonçalo, 2017).

Também há a dificuldade de acesso de empresas prestadoras de serviço de luz, água e coleta de lixo, essa última foi possível perceber a consequência em loco com acúmulo de lixo em diferentes áreas dos territórios, o que acarreta um grande problema sanitário, podendo afetar diretamente a saúde dos moradores devido à presença de vetores de doenças, como baratas, moscas, ratos, escorpiões e mosquitos.

O saneamento básico na comunidade é precário, principalmente nos territórios mais ao interior, como nas quadras da extremidade do Mandela Um, que estão mais próximas à margem do rio Jacaré e ficam sujeitas a inundações e alagamentos em dias de chuva, que devido a também características de solo tornam o terreno difícil para o acesso dos ACS: “[...] em relação a dificuldade de acesso que não tem saneamento básico então locais que você vai você tem que pisar no esgoto as vezes tem barranco, escorrega, então tem essa dificuldade” (ACS 1).

No Terreninhos também há essa dificuldade de acesso devido ao saneamento básico onde muitas ruas alagam em dias de chuva: “[...] é um lugar muito insalubre, lá não tem esgoto a céu aberto, mas, tem muito problema com entupimento dos bueiros a maioria das ruas lá hoje está assim [...]” (ACS 12).

A organização territorial e as condições de moradia, foram pontos que chamaram bastante atenção nos resultados por serem aspectos que estão diretamente relacionados a disponibilidade de ar renovado e incidência solar. Para cada localidade estudada, foi possível inferir características que ajudaram na análise dos territórios para perceber as áreas mais vulneráveis e suscetíveis a tuberculose. Trata-se neste caso de, “analisar e apreender os aspectos espaciais e funcionais do território [...] e elaborar, a partir daí os critérios para criar perímetros homogêneos no seu interior” (MEYER, 2006, p.39).

Terreninhos possui a maior densidade demográfica e habitacional do Mandela, há casas que comportam muitas vezes uma família inteira em um único cômodo, que por sua vez, não dispõem de entradas ar como janelas de forma adequada, não há espaçamento entre as moradias, as ruas que cada vez mais viram becos, carecem de circulação de ar renovado e incidência solar que é resultado do intenso crescimento vertical no território. Há um modelo de construção que liga duas quadras opostas que tende a enclausurar ainda mais as ruas.

Não há qualquer tipo de sinalização ou identificação de ruas, quadras e casas que somados a altíssima densidade habitacional se transforma num labirinto para quem não tem costume de circular pelo território, até mesmo os próprios moradores ficam confusos em indicar o local exato de moradia segundo o ACS 12. Como é possível então encontrar os pacientes? Neste momento, como não há qualquer ação da Secretaria Municipal de Planejamento Urbano, os ACS da equipe Liberdade tiveram que atuar como planejadores urbanos e colocar seus conhecimentos sobre o território no papel, para desenvolverem um mapa com a identificação dos logradouros e posteriormente solicitar aos moradores que numerassem suas casas, para que então de alguma forma encontrassem o usuário em uma visita domiciliar.

Já o território Prédios da Embratel se diferencia e muito da concepção de habitação que foi encontrada em Terreninhos. O modelo de apartamentos construídos através do PAC, possibilita que se tenha uma organização territorial mais homogênea com condições de moradia mais adequadas que leve em consideração por exemplo, uma melhor circulação de ar e incidência solar direta a todos os prédios, porém, devido à ausência de políticas públicas voltadas para uma melhor condição de vida dos moradores como habitação, emprego/renda somados a falta da aplicação de leis de zoneamento e conservação dos espaços públicos, impulsionam as construções irregulares que hoje cada vez mais se sobrepõem aos prédios que perdem a sua concepção original e sufocam seus moradores.

O ACS 6 definiu bem a situação atual dos Prédios da Embratel quando fala da rápida modificação do território desde a data de entrega dos apartamentos pelo PAC e que nos espaços “vazios” entre os prédios já consegue perceber uma nova comunidade se formando com diversas construções irregulares principalmente no período da pandemia da Covid-19.

O território Prédios da Embratel deveria ser um modelo de planejamento e habitação na comunidade do Mandela, mas, o descaso do poder público para com esse território só faz piorar a organização territorial e as condições de moradia.

Medvedovski (1994) ao discutir os aspectos legais da propriedade da habitação e das áreas coletivas em conjuntos habitacionais e as consequentes responsabilidades sobre a manutenção das mesmas, analisou dois conjuntos habitacionais onde os usuários moldaram os espaços segundo suas necessidades:

A riqueza do estudo de caso dos dois conjuntos habitacionais encontra-se no fato da total falta de controle da Prefeitura e da COHAB sobre o uso dos seus espaços abertos ao longo de 13 anos de ocupação. Estes conjuntos não constituíram o condomínio, não existindo, portanto, quem de fato se responsabilize pelas áreas comuns. Os usuários moldaram o espaço segundo suas necessidades (e possibilidades), embasados em sua imagem coletiva do que é um bairro, familiarizando o espaço modernista do conjunto habitacional. Modificaram o projeto original de suas residências com grande interferência nos espaços coletivos, bem como introduziram modificações na infraestrutura dos conjuntos.

O Mandela Um é um território “misto”, este termo foi utilizado pelos ACS para descrever diferentes situações socioeconômicas e estruturais que podem ser encontradas ao longo do território. Isto quer dizer que as áreas em que atuam não são vulneráveis? Não, o que os ACS quiseram dizer e foi comprovado em observação de campo é que há níveis de vulnerabilidade um pouco diferentes entre uma área e outra.

Parte do Mandela Um é possível identificar uma organização do território por quadras que são bem definidas, ruas largas que possibilitam a entrada de automóveis e casas com melhores aparências. Já as áreas mais ao interior e à margem do rio Jacaré são mais precárias, algumas delas com falta de saneamento básico, alta densidade habitacional, moradias sem estrutura para comportar uma família inteira e por consequência são mais suscetíveis ao surgimento de doenças como a tuberculose. A diferença no desenvolvimento e organização espacial dentro do território, pressupõe que os moradores podem apresentar condições de saúde e distintas entre um local e outro (LAURELL, 1982).

O Mandela Dois é o centro comercial da comunidade, possui boa diversidade de comércios e serviços ao longo da rua Nova Cap e por consequência é o território com maior circulação e aglomeração de pessoas. Vem sendo empregado um modelo de vilas onde muitas delas são fechadas por portões que para os moradores traz uma maior sensação de segurança, mas, para os ACS torna-se mais um obstáculo para conseguir acessar os pacientes.

Por estar mais próximo a saída da comunidade e ter maior disponibilidade de comércios e serviços, o Mandela Dois recebe uma maior procura por moradia, o que impulsiona ainda mais o crescimento vertical nesse território já que não há mais espaços no solo para expansão. Apesar das casas aparentarem aspecto um pouco melhor do que as encontradas no Mandela Um e Terreninhos, a densidade habitacional causa um grande déficit de circulação de ar renovado e incidência solar nas casas (ACS 11).

As características encontradas em cada um dos territórios analisados explicam os altos índices de tuberculose registrados na comunidade do Mandela e dificultam a realização de ações em saúde dos ACS. As precárias condições de vida da população como um todo, potencializam a incidência e a prevalência da doença. Cada vez menos o ar circula e a luz do sol incide.

A falta de políticas públicas de emprego/renda, habitação e aplicação de leis de zoneamento, impulsionam a verticalização da comunidade com construções irregulares sem o mínimo de planejamento, aumentam a densidade habitacional e populacional enclausurando ainda mais seus residentes, que segundo Dias (1920) e Netto (1991) são características que tornam o ambiente onde vive a classe operária local mais que favorável para a proliferação da TB.

Independente do território, não foram encontradas condições plenas e adequadas de moradia que privilegiem uma melhor circulação de ar renovado e incidência solar, prevalecendo o modelo geminado e verticalizado de construções sem espaços entre uma casa e outra. A incidência de casos de tuberculose no território registrados por cada equipe de saúde, evidencia a alta vulnerabilidade social da comunidade do Mandela como um todo.

A criação de um perfil territorial, possibilitou que se verificasse os territórios mais atingidos e suscetíveis a TB dentro de uma lógica focal, como por exemplo Terreninhos, que obteve as piores avaliações de condições de moradia e organização territorial do Mandela. Tal conclusão pode ser evidenciada através dos casos de Tuberculose registrados pela equipe de saúde Liberdade ao longo dos anos de 2018, 2019 e 2020 em sua área de cobertura que majoritariamente está em Terreninhos, onde obteve os maiores índices de incidência da doença entre todos os outros territórios acompanhados pelas outras equipes, que também já possuem taxas altíssimas se comparadas a média municipal, nacional e mundial.

Com relação ao dado geral de incidência de casos de Tuberculose no Mandela, a comunidade teve seu maior índice no ano de 2019, com 307 casos da doença para 100.000/habitantes contra 252 casos para 100.000/habitantes em 2018. Isso revela que a incidência se manteve bem alta e que o cenário epidemiológico da comunidade se agravou ainda mais entre um ano e outro. Tais números podem ser comparados por exemplo com a incidência de países que estão entre os 20 com maior incidência no mundo no ano de 2018 segundo a OMS, como Serra Leoa (298), Camboja (302), Libéria (308) e República Democrática do Congo (321) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

A população masculina é a mais infectada na comunidade do Mandela, com aproximadamente o dobro de casos sobre a população feminina nos anos de 2018 e 2019 e em 2020 essa diferença praticamente quintuplica. A faixa etária mais afetada é a entre 15 e 59 anos chegando no ápice de incidência no ano de 2019 com 418 casos para 100.000/habitantes. Deve-se averiguar quais fatores levam a essa discrepância no território, sejam eles biológicos, culturais ou costumes, para que as ações sejam direcionadas visando a adesão desse público às ações de prevenção e tratamento.

Um estudo da Revista Portuguesa de Pneumologia “Tuberculose: quem são os doentes que não cumprem os tratamentos?” realizado por Melo, (1999), que teve como recorte espacial a cidade portuguesa de Vila Nova de Gaia, também revelou que: “Na nossa população predominaram os doentes do sexo masculino, pertencentes ao grupo etário dos 18 aos 40 anos” (MELO, 1999, p. 568). Foi identificado também que “No grupo de doentes que fazem o tratamento de um modo irregular são significativamente mais frequentes os indivíduos que apresentam hábitos tabágicos, etílicos e história de consumo de drogas” (MELO, 1999, p. 566). Isso evidencia que esses fatores de risco estão mais ligados à população masculina nessa faixa etária, que podem estar associados ao prevaletimento e a incidência da tuberculose.

O estudo ainda evidenciou uma relação entre a população masculina, o desemprego e a dificuldade no cumprimento do tratamento:

Quando comparamos as características sócio demográficas dos doentes que cumpriram o tratamento e aqueles que o fizeram de um modo irregular verificamos que no grupo dos doentes com tratamento irregular são significativamente mais frequentes os indivíduos do sexo masculino e os desempregados (MELO, 1999, p. 566).

A pesquisa, no entanto, deixa claro que o sexo não é um fator de risco, o que ocorre é que os dependentes de álcool e drogas além dos desempregados, são em maioria do sexo masculino,

Verificamos que os indivíduos do sexo masculino foram aqueles que mais frequentemente não cumpriram o tratamento. No entanto, quando fazemos uma análise multivariada verificamos que esta característica deixa de ser factor de risco. Esta situação poderá ser justificada pelo facto de os desempregados e toxicodependentes serem na sua grande maioria do sexo masculino (MELO, 1999, p. 568).

Em 2018 e 2019 seja qual tenha sido o sexo ou faixa etária da população da comunidade do Mandela afetada, a incidência da tuberculose se manteve bem alta se comparada à taxa municipal, nacional e mundial. Em 2020 houve uma queda em comparação aos anos anteriores que também foi percebida nos números do município do Rio de Janeiro, do Brasil e do mundo, mas, se engana quem pensa que as condições de vida melhoraram ao ponto de ocorrer esse recuo da taxa de incidência. Com a pandemia da Covid-19, houve a necessidade de um aporte financeiro e direcionamento de recursos para seu enfrentamento, o que impactou diretamente nos gastos gerais de combate a outras doenças como a tuberculose, isso refletiu na baixa quantidade de diagnóstico e tratamento, o que segundo a OMS, pela primeira vez em mais de uma década causou aumento no número de mortes pela doença em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A tuberculose na comunidade do Mandela demanda uma dedicação redobrada dos Agentes Comunitários de Saúde nas ações de combate à tuberculose. A “cartilha para o Agente Comunitário de Saúde: tuberculose” desenvolvida pelo Ministério da Saúde (2017), exprime bem a importância desse profissional e a complexidade que envolve o enfrentamento à doença quando enumera pelo menos 13 atribuições do ACS, entre elas estão a realização do TDO/DOTS, busca de sintomáticos respiratórios e dos doentes que abandonaram o tratamento, orientação sobre a transmissão e medidas de prevenção à doença e até verificar a situação vacinal das crianças com BCG (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Para Cardozo *et al.* (2015) a responsabilidade e o cuidado que o Agente Comunitário de Saúde tem com o controle e acompanhamento dos casos de tuberculose no território, o confere

status de protagonista. O controle da tuberculose no território tem dependido principalmente do ACS, porém, para que esse profissional consiga desenvolver o trabalho que se espera dele, é necessário escutá-los para relatarem suas experiências, dificuldades e ideias.

Segundo o Ministério da Saúde (2022): “A tuberculose é um dos agravos mais fortemente influenciados pela determinação social, apresentando uma relação direta com a pobreza e a exclusão social” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2022). Para Barcellos (2008) a determinação social da saúde precisa ser analisada levando em consideração diversos indicadores e não somente a pobreza, pois há o risco de desconsiderar outros fatores como os culturais, ambientais e políticos, este último importantíssimo para avaliar o papel dos serviços de saúde.

Muitos ACS apontaram como principais causas da TB a vulnerabilidade social e a insalubridade dos territórios como foi visto ao longo da análise territorial, mas, também chamaram atenção para a desinformação, a falta de publicidade, o preconceito e o abandono do tratamento. Esta última causa, apareceu de forma direta e indireta na maioria dos discursos dos ACS sobre as dificuldades no acompanhamento de pacientes com TB.

O abandono do tratamento também apareceu no estudo de Cardoso *et al.* (2020) ao analisarem ações de prevenção e controle da TB na atenção primária a partir das percepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde de uma comunidade do Rio de Janeiro e de um vilarejo em Agaro na Etiópia. Apesar de atuarem em territórios bem distintos e de vivenciarem realidades diferentes, apontaram dificuldades semelhantes no acompanhamento dos pacientes com TB, como na identificação dos casos suspeitos, sobrecarga de atividades e o próprio abandono do tratamento.

O abandono do tratamento foi o tema que trouxe maior sensação de frustração por parte dos ACS, devido ao envolvimento que o profissional acaba adquirindo com o paciente e a família ao longo de todo o tratamento, pois sabe das consequências que podem advir desse abandono, seja para o próprio usuário com a possibilidade de resistência da doença, para a família e comunidade com a proliferação do bacilo e para ele mesmo que precisa despender ainda mais tempo na busca ativa e prolongamento do tratamento desse paciente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Devido à alta quantidade de casos registrados na comunidade do Mandela é normal que os ACS que acompanham os territórios tenham tido pelo menos uma experiência com tratamento de pacientes com tuberculose ao longo de sua carreira profissional. A pesquisa evidenciou que 11 dos 12 participantes do estudo já acompanharam casos de TB e todos os 11

já precisaram realizar o tratamento diretamente observado – TDO/DOTS para garantir a ingestão do medicamento pelo paciente e evitar o abandono.

A vulnerabilidade e suscetibilidade dos territórios à TB requer que o DOTS seja oferecido a todos os pacientes diagnosticados pelo menos até a fase intensiva. A estratégia pode ser adaptada conforme a necessidade e a característica de cada usuário (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), mas, levando em consideração a especificidade da população dos territórios do Mandela é comum que o DOTS seja realizado diariamente até o fim do tratamento pelo ACS. Gonzalez *et al.* (2007, p. 631) abordam sobre a importância do tempo disponível dos Recursos Humanos – RM nesse caso os ACS e a disponibilidade de Recursos Materiais para a realização do DOTS:

O tempo disponível dos RH e RM é um fator importante na realização do DOT no domicílio do doente, tendo em vista, a necessidade de estabelecer vínculo e coresponsabilidade entre o profissional de saúde e o doente/família, pois, possibilita abordar outros problemas e/ou necessidades no processo de assistência ao doente e família que vão além do plano terapêutico. Destaca-se que o êxito destas atividades pode estar relacionado ao tempo em que estas são operadas. Uma disponibilidade maior de tempo para a realização das visitas domiciliares possibilitaria melhores condições para o planejamento e desenvolvimento de atividades no DOT incluindo a própria educação do doente, família e comunidade tornando-se multiplicadores de conhecimento para uma participação ativa no desenvolvimento de ações de saúde no controle da doença.

Para o Ministério da Saúde (2017) “O ACS tem papel essencial para o êxito do tratamento, tanto para a realização do TDO como no vínculo e diálogo com o usuário”. Esse vínculo com o usuário abre margem para uma negociação de como o tratamento pode ocorrer. Neste momento, sabendo do estilo de vida do paciente e a complexidade que envolve o tratamento, o ACS busca os melhores meios e alternativas visando a cura do usuário.

Os relatos dos ACS estão repletos de adaptações e improvisos que levaram em consideração a situação do paciente, como o próprio ACS precisar levar água para o paciente conseguir ingerir o medicamento já que não havia água potável em casa (ACS 1). Pedir para o paciente guardar as embalagens dos remédios como forma de garantir que ele tenha tomado (ACS 9) ou precisar realizar o acompanhamento em paciente envolvido com o tráfico (ACS 5).

Para Cardoso *et al.* (2020) e Nepomuceno *et al.* (2021) o ACS tem a necessidade de se manter criativo e desenvolver conhecimentos e habilidades para conseguir atender as demandas dos usuários da ESF e enfrentarem os desafios do território e lembram aos gestores um cuidado

especial com esse profissional pelo trabalho singular que ele desenvolve e por estar um lugar estratégico nas ações de enfrentamento à tuberculose.

Essa singularidade pode ser explicada pela necessidade de criação e manutenção dos vínculos, não só com os pacientes com TB, mas, também com seus familiares, para auxiliarem no processo do tratamento e para ficarem atentos com sintomas e sinais de contágio.

A busca dos sintomáticos respiratórios – SR pelos ACS não se restringe apenas às pessoas do convívio do paciente com TB, esse trabalho é desenvolvido pensando também na comunidade como um todo pela vulnerabilidade e suscetibilidade do território, que cada vez mais se enclausura facilitando o contágio e aumentando o círculo de contactantes. As estratégias de busca de sintomáticos respiratórios, podem ocorrer no dia a dia da visita domiciliar ao perceberem sintomas relacionados a TB como tosse, fraqueza ou falta de ar ou até mesmo nas ações específicas de rastreio relatado pelo ACS 9.

Cardozo *et al.* (2015) analisaram a busca dos sintomáticos respiratórios no território pelos ACS, tendo como recorte um município do interior do Rio Grande do Sul. Os ACS relataram que não realizam uma abordagem direta ao paciente perguntando sobre sintomas de TB, mas, dialogam com a família a partir de uma abordagem inicial tentando identificar problemas ou doenças na família, o que possibilita uma maior aproximação e uma criação de vínculo que posteriormente pode ajudar numa melhor investigação dos sintomas da tuberculose.

Vale salientar também a importância da troca de informação dos ACS para com os outros profissionais durante as reuniões de equipe. Para Grando (2010, p. 505) “[...] as reuniões de equipe podem ser importantes dispositivos para o redelineamento do trabalho, por meio de discussão de casos em uma perspectiva interdisciplinar, desenvolvimento de atividades em educação permanente e avaliação sistemática do cotidiano da equipe”.

Neste sentido, todos os Agentes Comunitários de Saúde, relataram nas entrevistas que há discussões sobre o andamento dos tratamentos, busca dos contactantes e dos sintomáticos respiratórios durante as reuniões de equipe, que ajudam na formulação de estratégias de enfrentamento. É durante as reuniões de equipe que também se discute a realização de ações educativas e de prevenção à TB como a possibilidade de grupos, palestras e fóruns (CAMPINAS e ALMEIDA, 2004), porém, ao longo das entrevistas percebeu-se que nem todas as equipes de saúde realizam essas ações, seja por falta de tempo, devido a pandemia ou a priorização de outros temas e percebeu-se também que nem todos os ACS se sentem confortáveis em expor ideias sobre possíveis ações educativas e de prevenção a tuberculose, seja por não serem questionados, questões de hierarquia de fazer o que os profissionais de nível superior pedem ou por desconhecimento mesmo.

Sobre o conhecimento do tema, Dos 12 entrevistados, nove confirmaram ter recebido algum curso para o enfrentamento à tuberculose e três não receberam nenhum. Durante os relatos dos ACS que receberam o curso, percebeu-se uma dificuldade em lembrar quando havia ocorrido, evidenciando uma alta periodicidade entre as capacitações, o que pode explicar a ausência dos que não receberam.

Apesar da insuficiência de cursos disponibilizados aos ACS, todos os entrevistados demonstraram conhecimento sobre as causas e o tratamento da tuberculose, muito em função da experiência prática adquiridas no acompanhamento dos pacientes. “A capacitação dos ACS é uma ação determinante para a garantia de uma atenção de qualidade tanto nos aspectos assistenciais quanto preventivos no trabalho da atenção primária à saúde” (CARDOSO, 2011, p. 13).

Maciel *et al.* (2008) em um estudo realizado no município de Vitória no Espírito Santo com 105 agentes comunitários de saúde, evidenciaram que o grau de conhecimento sobre a tuberculose está relacionado ao tempo de trabalho do profissional, ou seja, quanto mais tempo o ACS tem serviço maior é o seu nível de compreensão da doença, mas, de maneira geral o estudo revelou que os conhecimentos e as ações do ACS não eram suficientes e que há a necessidade de investimento na educação permanente para que seja possível uma maior contribuição desses profissionais nas ações de enfrentamento à TB. .

Tal conclusão se aproxima do resultado do estudo de Gaspar *et al.* (2019) realizado no município de Recife em Pernambuco que também avaliou o conhecimento e práticas dos ACS sobre a tuberculose e demonstrou que grande parte desses profissionais também possuíam níveis insatisfatórios de conhecimento sobre a doença e concluem que isso interfere diretamente nas boas práticas de enfrentamento à TB e que este problema pode estar contribuindo para a que os números da doença se mantenham desfavoráveis no município.

Com relação aos fatores que devem ser levados em consideração para uma melhor difusão do conhecimento sobre a TB e consecutivamente melhores práticas, os autores observaram:

Assim, ações voltadas à melhoria da gestão do programa no âmbito municipal, com ênfase nas ações de capacitação, educação continuada e supervisão do programa no nível da atenção primária, são essenciais para a melhoria dos indicadores de desempenho (GASPAR *et al.* (2019 p. 3822).

[...] Torna-se compreensível, portanto, que todos os pré-requisitos levantados para o bom andamento dos programas de saúde que incorporaram os agentes comunitários de saúde convirjam para a manutenção de pessoas bem selecionadas e remuneradas,

realizando atividades compatíveis com seu nível educacional, que recebem treinamento constante e supervisão adequada (MACIEL *et al.* 2008, p. 1384).

O controle da tuberculose através de ações de prevenção e acompanhamento realizados pelos ACS é complexo, necessita de conhecimento técnico para perceber sintomas e sinais da doença, não se trata apenas de “examinar” o paciente, mas também compreender o território em que está inserido, observando fatores como a condição socioeconômica da população, saneamento básico e planejamento urbano (CARDOZO *et al.*, 2015).

Segundo Ramos (2007, p.46),

Essa dimensão intersetorial do trabalho do ACS nos remete à necessidade de este trabalhador compreender a totalidade do processo de trabalho de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas. Esta necessidade se confronta fortemente com o pensamento hegemônico que associa o trabalho complexo exclusivamente ao ápice da pirâmide funcional que hierarquiza as funções e os trabalhadores segundo a histórica divisão técnica e social do trabalho e, disto, deduz os respectivos níveis educacionais, na linha que Adam Smith defendeu ainda no século XIX (ao trabalho simples e manual, níveis educacionais elementares; ao trabalho intelectual e complexo, níveis educacionais avançados). Como não considerar “complexo” o trabalho do ACS? Como não compreender que, tanto por direito humano quanto por necessidade do processo de trabalho, ao ACS caberia níveis educacionais avançados? Somente em conflito brutal com os princípios do SUS e com o direito à vida poderíamos deixar de defender a escolarização e profissionalização dos ACS.

O ACS é morador da comunidade e é caracterizado como o elo entre o paciente e os serviços de saúde. Seu conhecimento sobre práticas em saúde e tempo disponível em território precisa estar de acordo com a realidade, para apontar as necessidades sociais da população, proporcionando uma melhor inclusão e acolhimento do usuário na rede de serviços (NUNES *et al.* 2002). Para isso, é necessário incentivos e criação de cursos que profissionalize ainda mais a categoria e incluir o ACS definitivamente no planejamento de ações e tomadas de decisões voltadas a saúde no território, não cabendo somente aos profissionais de nível superior.

A valorização do profissional, no entanto segue como algo bem distante, “nas mãos” de uma lógica neoliberal que não tem o mínimo interesse no crescimento do ACS e do SUS como um todo.

O capital não tem um interesse ingênuo na valorização da autonomia e no reconhecimento dos saberes tácitos dos trabalhadores. Ao contrário, o que se pretende é um permanente processo de apropriação seus saberes como forma de garantir as constantes melhorias que precisam ser inseridas na produção de bens e serviços para

intensificar a extração de mais-valia. Este é um tema, portanto, que se coloca no terreno das disputas entre capital e trabalho, o que justifica a pertinência de prosseguirmos, nos espaços de realização do trabalho e de organização política, com a reflexão sobre seus limites e potencialidades (RAMOS, 2007, p.53).

Tal interesse do capital em fragilizar o trabalho dos profissionais de saúde e desconstruir ainda mais o SUS, foi recentemente atestada através da Emenda Constitucional nº 95/2016, aprovada no governo Temer, conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’ ou ‘emenda do fim do mundo’, que pretende congelar por 20 anos o repasse de recursos públicos principalmente para o financiamento da saúde pública, fortalecendo em contrapartida o setor privado que com os planos de saúde aparecem como uma “alternativa” de um serviço de saúde de qualidade (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

As Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) de 2011 importantes na atenção e gestão do trabalho em saúde nos municípios, foi revisada e flexibilizada, culminando em um novo texto apresentado através da nova PNAB de 2017, que dá mais autonomia aos gestores regionais de decidirem sobre o direcionamento de recursos nos municípios, onde dependendo de cada interesse e muitas vezes pautados por uma lógica de mercado, podem dismantelar todo um legado de conquistas e direitos adquiridos através das lutas de classe. A nova PNAB desobriga por exemplo que as equipes de saúde tenham um número mínimo de ACS, deixando a cargo do gestor essa decisão. Em teoria, quanto mais vulnerável é o território como é o caso da comunidade do Mandela, que vem sofrendo com altos índices de tuberculose, maior deveria ser a quantidade de profissionais e menor deveria ser a quantidade de pessoas acompanhadas pelo ACS, para que ele tenha qualidade em seu serviço, porém, na prática com a flexibilização da nova PNAB e sua indefinição no número desses profissionais, a redução do quadro de trabalhadores tornou-se frequente e pauta nos anos seguintes, sendo possível até mesmo constituir equipes com apenas um ACS, isso compromete toda uma cadeia de eventos na ESF que contam com as ações em saúde realizadas no território por esse profissional (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

A importância em manter um número adequado de ACS por equipe de saúde, se dá principalmente em virtude da característica epidemiológica que cada território apresenta ou apresentará, tomando maior ou menor atenção/tempo destes profissionais em visita domiciliar a partir de sua vulnerabilidade social, evidenciada através de fatores como falta de saneamento básico, moradia adequada, segurança e educação, fatores esses que se transformam em determinantes sociais para o surgimento e prevaletimento de doenças como a própria tuberculose.

Devido à falta de profissionais e a sobrecarga dos demais, muitos pacientes que necessitam de maior atenção, ficam desassistidos e com os problemas de saúde agravados, levando inclusive a um aumento por demanda espontânea na própria UBS, colapsando ainda mais o atendimento. As intensas cobranças por números de visitas domiciliares aos ACS, acarretam uma lógica onde primeiro vem a quantidade e em segundo plano a qualidade.

A insuficiência de profissionais somados aos desvios e sobrecarga de funções, descaracteriza totalmente o serviço do ACS e estão relacionados ao processo de precarização do trabalho que compromete toda a Atenção Básica (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018). O distanciamento das ações em saúde no território pelo ACS é uma consequência dessa precarização.

A análise das entrevistas realizadas, revelaram que os profissionais passam mais da metade de sua carga horária de trabalho dentro da unidade realizando atividades internas, deixando o território em segundo plano, o que é extremamente prejudicial principalmente para o controle e acompanhamento de doenças como a TB, que necessita da presença diária do ACS para a realização do DOTS, além claro da subutilização da potencialidade do Agente Comunitário de Saúde na criação e manutenção de vínculo com a comunidade.

Quando perguntados sobre se consideram o tempo disponível para realizar ações em saúde no território é suficiente, a maioria dos ACS foram enfáticos ao dizerem que não, o que evidencia um claro descontentamento dos processos de trabalho a que são submetidos. O acúmulo de funções, oneram ainda mais o tempo que o profissional teria em Território realizando visitas domiciliares e acompanhando pacientes.

O acolhimento de pacientes nos guichês foi a função que mais apareceu nos discursos dos ACS como um motivo para a não presença com maior frequência no território, poderia ser feito por qualquer outro profissional disponível da equipe, são impostas exclusivamente a categoria com o pretexto de estarem em maior quantidade, desmerecendo a importância individual do trabalho do ACS no território, porém, na PNAB não há qualquer atribuição exclusiva dessa função para o Agente Comunitário de Saúde.

Outras funções como controle de entrada de usuários na UBS, escriba de vacina e organizador de filas acabam “sobrando” para esses profissionais também. Neste sentido, a desvalorização do ACS ocorre inclusive no gerenciamento interno dos processos de trabalho da UBS, onde é a categoria a ser sacrificada para que as outras possam exercer suas funções integralmente.

Não é suficiente, dez horas só de quarenta é muito pouco, não é suficiente, nosso trabalho deveria ser pelo menos próximo de trinta, deveria ser ao contrário né na rua

então não é suficiente, o que impossibilita é um trabalho de acolhimento que o acolhimento em si que ao meu ver não deveria ser um trabalho feito pelo agente comunitário de saúde ainda que a gente tenha um contato com os nossos pacientes ali no acolhimento acho que não é nosso trabalho, dificulta muito a nossa ação [...] (ACS 12).

O cadastramento de pacientes no banco de dados, também foi tema levantado pelos ACS durante as entrevistas como motivos para não ir ao território com mais frequência. Isso ocorre devido a intensa troca de prontuários eletrônicos realizados pelas Organizações Sociais – OS que administram as UBS. Não há uma migração total das informações de cadastros das famílias que os ACS conseguiram com tanto esforço de forma automática, neste momento, é solicitado aos mesmos que realizem uma migração manual ou um cadastramento. Este processo é demorado e pode levar meses até que o banco de dados esteja totalmente alimentado novamente, isso desprende um tempo do ACS que não conseguem recuperar, demonstrando mais uma vez a precarização e a desvalorização do trabalho desse profissional.

A pandemia também foi tema bastante abordado pelos entrevistados da pesquisa para explicarem a ausência no território. Muitos ACS relataram uma alteração acentuada de suas rotinas de trabalho devido a Covid-19, onde foram remanejados para diversas escalas internas de modo a auxiliarem na grande demanda que as unidades receberam durante todo o período e viram seu tempo de território ficar ainda mais comprometido, ao mesmo tempo que as cobranças pelo número de visitas continuavam existindo.

Nesse momento de pandemia a gente está com essa dificuldade porque o serviço do ACS era totalmente no território e hoje em dia com a pandemia a gente teve que vê nossa rotina de trabalho totalmente mudada, porque nosso serviço era no território e agora a gente tá totalmente preso aqui dentro da unidade”. “[...] está sendo uma grande dificuldade para o ACS porque a gente é cobrado, mas a gente não tem, a gente está sendo cobrado mas como a gente vai dar o retorno se não estamos indo para o território, cuidar daquele paciente, orientar aquele paciente, há essa dificuldade hoje com o ACS (ACS 2).

Diferentemente de outras crises sanitárias e epidemias que o país já viveu onde o profissional teve papel importante principalmente em ações educativas e de prevenção no território, desta vez seu trabalho se restringiu aos muros das unidades com atividades como escreva de vacina, informante de resultado de teste e recepção dos pacientes na porta de entrada. Morosini, Chinelli e Carneiro, (2020, p. 105) também dissertam sobre alguns dilemas vividos cotidianamente pelos ACS durante a pandemia:

Especificamente os ACS têm tido que lidar cotidianamente com: dificuldades de acesso a EPIS; recusa à obtenção de afastamento e licença remunerada; manutenção das atividades de acolhimento dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde sem a devida reorganização do espaço, a observação das medidas de afastamento e o provimento de condições de higiene (água, sabão e álcool em gel); pressão por realização do cadastramento de novos moradores nos moldes tradicionais – visita domiciliar com entrevista de longa duração para a coleta de uma série de informações socio sanitárias; necessidade de adequação do trabalho de modo remoto para a manutenção da atuação territorial com menor risco; entre outros problemas

Muitos dilemas permearam o trabalho do Agente Comunitário de Saúde durante a pandemia, porém, a impossibilidade de ir ao território e fazer o trabalho que se espera dele desde a sua implementação já vem ocorrendo devido ao processo de reorganização da Atenção Básica através de medidas reestruturantes recentemente publicadas, de caráter privatista e de reforço ao modelo biomédico (MOROSINI, CHINELLI E CARNEIRO, 2020).

O impacto da ausência do ACS no território é enorme para a Atenção Básica e para o SUS como um todo. A ESF a qual o profissional faz parte tem como objetivo aprimorar as ações de cunho preventivo para diminuir ações de caráter corretivo e evitar a sobrecarga em hospitais. O enfrentamento à tuberculose é um bom exemplo de como é importante o acompanhamento de perto dos profissionais da ESF para garantir que o usuário chegue até o fim do tratamento, pois a intervenção incorreta da doença pode acarretar complicações graves que só podem ser resolvidas em hospitais, podendo levar a morte. O ACS nesse sentido, busca uma maior interação entre a população e a UBS, possibilitando que se reconheça as necessidades de cada usuário, resultando na melhor adesão aos tratamentos, às intervenções propostas pela equipe de saúde e até mesmo em estratégias de prevenção à doença (GONZALEZ *et al.*, 2015).

A abordagem à família no território requer o estabelecimento do vínculo entre o ACS e o doente e sua família. O vínculo permeia o trabalho do ACS e potencializa sua responsabilização com a saúde das famílias (GONZALEZ *et al.* 2015, p. 91).

A perda do vínculo foi o impacto mais mencionado pelos ACS pela não ida ao território: “a gente vai perdendo o vínculo com os nossos pacientes, na maioria das vezes eles falam eu pensei que você nem trabalhava mais, a gente fala, trabalhar aqui até trabalho, mas só venho para uma coisa assim mais pontuada aí eu posso vir aqui” (ACS 1). Consequentemente, muitas situações de saúde acabam se agravando sem o conhecimento da equipe e piorando ainda mais o quadro epidemiológico do território, isso se evidenciou no ano de 2020, onde a incidência de

casos de TB caiu drasticamente se comparado aos anos de 2018 e 2019 (pré pandemia) devido à baixa identificação/diagnóstico da doença ocasionados por ações que priorizavam o enfrentamento à Covid-19, inclusive o afastamento do ACS do território para realizar atividades dentro da unidade, já que muitos casos são identificados a partir das visitas domiciliares desses profissionais.

Entretanto, essa precarização do trabalho do ACS já vinha ocorrendo antes mesmo da pandemia, esse período só acentuou e evidenciou ainda mais a desvalorização do profissional, distanciando-o do sentido de sua profissão.

A relação do Agente Comunitário de Saúde com o Território no enfrentamento à Tuberculose após toda a discussão pode ser expressa como uma relação simbiótica de interdependência. O ACS além de trabalhar na sua área adstrita ele também é morador da comunidade e faz parte do território, sentindo e proporcionando interação advinda dele. O território depende do ACS para que haja o controle da tuberculose em seus sujeitos, por outro lado, o Agente Comunitário de Saúde depende do território para que a razão de seu trabalho efetivamente se cumpra.

8 CONCLUSÃO

Compreender e identificar a dinâmica de contaminação da tuberculose no território é essencial para a elaboração de estratégias de enfrentamento da doença, mas, para que haja uma maior efetividade das ações em uma determinada população é necessário que se olhe o micro, o local, de uma maneira focal.

Apesar da comunidade do Mandela ser parte de um complexo que formam Manguinhos, assim como as outras, não pode ser incluída num projeto macro que considere que todas as comunidades necessitam da mesma resposta, cada comunidade terá característica e índices de saúde próprios devido a diversidade de seus territórios que apesar de possuírem à primeira vista os mesmos problemas socioeconômicos como desemprego e insuficiência de equipamentos públicos de educação, possuem diferentes níveis de condições de moradia, saneamento básico, aglomeração de pessoas por metro quadrado e até verticalização, onde cada um vai manifestar de forma diferente a tuberculose. Esses aspectos estão intrinsecamente ligados, neste cenário, a prevalência da doença.

Neste sentido, a presente pesquisa além de estudar a comunidade do Mandela como um todo, buscou a partir do estudo de seus territórios verificar características que justificassem a alta incidência de casos de tuberculose. Todos os quatro territórios estudados possuíram níveis de incidência altíssimos ao longo dos anos de 2018, 2019 e 2020, isso pôde ser evidenciado a

partir dos registros das equipes de saúde que os acompanham, mas, entre eles ainda há diferenças que demonstram ainda mais como o meio interfere diretamente na saúde das pessoas, como foi o caso de Terreninhos que é o território com a maior densidade habitacional, num processo acelerado de verticalização que enclausura ainda mais seus moradores, isso reflete nos casos de tuberculose registrados pela equipe Liberdade, que entre todas, foi a que obteve a maior média de incidência ao longo dos três anos estudados.

Por outro lado, a equipe Coragem que acompanha Prédios da Embratel território vizinho ao de Terreninhos possui a menor média, o que pode ser explicado pela diferença principalmente de condições de moradia e organização territorial, que advindos do planejamento inicial do PAC, proporcionam uma melhor circulação de ar renovado e incidência solar nos apartamentos, porém, assim como ocorre em todos os outros territórios, Prédios da Embratel já demonstra uma exacerbada ocupação de espaços públicos através de construções irregulares, impulsionadas pela ausência do poder público na conservação do local, o que pode acarretar na piora dos índices da tuberculose ao longo dos próximos anos.

Em 2019, último ano com frequência de diagnósticos “normais” para a Tuberculose, a comunidade do Mandela registrou mais que o dobro de incidência de casos da doença se comparado as taxas municipais e mundiais e registrou quase oito vezes mais que a taxa nacional. A incidência da comunidade do Mandela em 2019 (307) pode ser comparada por exemplo com países como Serra leoa (298) e a República Democrática do Congo (321) que estão entre os 20 mais afetados pela TB no mundo inteiro segundo o relatório da OMS de 2019. Tais números só reforçam o estado de vulnerabilidade social que a comunidade está e a necessidade de aplicação de políticas públicas intersetoriais como habitação, planejamento urbano, emprego/renda, segurança, educação e claro saúde para que o índice da TB possa efetivamente cair. Hoje há uma sobrecarga e uma extrema dependência das ações praticamente solo da ESF no enfrentamento à doença no território, que apenas tenta evitar que o número de casos e mortes aumente ainda mais.

O Agente Comunitário de Saúde, neste sentido, torna-se o símbolo da ESF e o protagonista no controle da TB no território, que fica dependente de suas ações de busca de sintomáticos respiratórios, acompanhamento de pacientes já diagnosticados e seus contactantes para que seu cenário epidemiológico não fique ainda pior.

A vulnerabilidade da população somada a complexidade que envolve todo o tratamento da TB, requer tempo e atenção extra do ACS para compreender e agir de acordo com as necessidades dos usuários, que na maioria dos casos como foi relatado nas entrevistas, precisam ser acompanhados diariamente com a realização do DOTS, que têm se mostrado a estratégia

mais utilizada para evitar a interrupção do tratamento e o abandono, que seriam extremamente prejudiciais para o próprio paciente com a possibilidade de resistência da doença, para sua família e comunidade com o risco de proliferação e para o próprio profissional de saúde que precisará acompanhar por mais tempo ainda esse usuário com TB.

Muitos ACS relataram diversos casos em que tiveram uma dedicação extra para que conseguissem fazer com que o paciente concluísse o tratamento, como a busca ativa desse tuberculoso ao longo de todo o território por não conseguir encontrá-lo em casa e o acompanhamento de pacientes envolvidos com o tráfico. Essas ações só evidenciam ainda mais a importância de se ter um profissional como o ACS com o conhecimento territorial e vínculo com a população, que se dá pela relação simbiótica desse profissional/sujeito com o território, onde suas ações em saúde como profissional podem impactar diretamente na sua vida cotidiana como morador e vice-versa, em ambos os papéis o ACS faz parte do coletivo de sujeitos produtores desse território.

Apesar de serem os protagonistas no enfrentamento à tuberculose no território, ainda há barreiras que os ACS enfrentam que estão além de suas possibilidades, que dificultam o acesso às moradias da comunidade do Mandela no dia a dia de seu trabalho como a ausência de saneamento básico em algumas áreas e a violência que foi tema abordado por todos os entrevistados do estudo como um dos principais problemas de acessibilidade, impactando enormemente no planejamento de ações em saúde principalmente as que necessitam do comparecimento diário do profissional como a realização do DOTS, devido a imprevisibilidade dos confrontos armados que deixam a o território instável impossibilitando até mesmo a saída dos pacientes em direção à UBS.

Por mais que a maioria dos ACS sejam moradores e conheçam cada esquina da comunidade, eles são duplamente afetados e é durante as andanças pelo território realizando o porta a porta das visitas domiciliares que ficam mais expostos. Neste sentido, é necessário o emprego de medidas cautelares de segurança que englobe cada cenário situacional vivido pelo ACS para diminuir os riscos das ações em saúde no território e claro uma melhor política de segurança pública do Estado que hoje infelizmente só pioram os confrontos.

Além da insegurança, os processos de trabalho atribuídos ao Agente Comunitário de Saúde não favorecem a presença desse profissional com maior frequência no território, que passa mais da metade de sua carga horária semanal dentro da UBS realizando atividades internas, como acolhimento de pacientes no guichê que não deveria ser serviço exclusivo do ACS e o cadastramento de usuários devido as falhas dos bancos de dados que frequentemente são trocados pelas OS, que privilegiam à lógica de mercado visando o lucro em detrimento das

melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde. Dos 12 participantes da pesquisa, 10 relataram que o tempo disponível para realizar ações em saúde no território não é suficiente.

Vale salientar que isso faz parte de um processo de precarização do trabalho do ACS que ocorre desde a implementação da categoria no Sistema Único de Saúde, mas que vem se aprofundando principalmente após PNAB de 2017 que flexibiliza e desregulamenta aspectos do trabalho desse profissional e durante a pandemia que diferente de crises sanitárias anteriores onde obteve um papel importantíssimo realizando ações no território, desta vez ficou restrito aos muros da UBS.

Essa precarização do trabalho que o ACS vem sofrendo constantemente além de subaproveitar a potencialidade desse profissional, o distancia cada vez mais de seu verdadeiro propósito, que depende do constante contato com a população no território para que sua profissão faça sentido de existir.

A ausência do Agente Comunitário de Saúde no território, acarreta uma perda de vínculo com a população, que foi um dos impactos mais comentados pelos entrevistados da pesquisa, o que para o enfrentamento à tuberculose é desastroso, pois, compromete toda uma cadeia de eventos que depende da participação ativa desse profissional para compreender as reais necessidades dos usuários do sistema de saúde e elaborar estratégias próprias voltadas a aquelas pessoas.

A presença do ACS junto aos pacientes em seus locais de moradia, seja orientando sobre os riscos da TB ou acompanhando os pacientes já contaminados, gera uma maior confiança desse usuário para com o SUS, isso pode ser essencial para a descoberta de novos casos e a diminuição do abandono dos tratamentos.

A consequência do distanciamento das equipes de saúde do território, pôde ser expressa principalmente no ano de 2020, quando a priorização de recursos humanos e materiais voltados para o enfrentamento à Covid-19 diminuiu substancialmente o diagnóstico dos casos de tuberculose no Mandela. Deve-se verificar até que ponto esse descontrole impactará na incidência de casos da doença nos anos subsequentes.

Planos de combate à TB necessitam passar por: atualizações que levem em consideração estado de emergências de saúde pública, investimentos mais contundentes e sincronia de ações nas diferentes esferas de governo. Deve-se ter em mente a importância de estudar e investigar o Território para ser usado como uma ferramenta capaz de auxiliar desde a prevenção da tuberculose na medida em revela áreas mais vulneráveis e propícias ao surgimento da doença até o acompanhamento de pessoas já contaminadas para facilitar o rastreamento e tentar impedir a

proliferação do bacilo. A inclusão do ACS seja em qual for o plano de enfrentamento à tuberculose nos diferentes territórios é indispensável e deve-se proporcionar a este profissional uma valorização e melhores condições para que seu trabalho seja devidamente aproveitado, como oferecimento de aprofundamento técnico através de cursos, recursos materiais e mais tempo para realizar ações no território.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. E. B. de. **Geografia médica: origem e evolução**. In: BARATA, R. B.;
- ARMSTRONG, R.W. **Medical Geography**. In: **Advances in Medical Social Science**. RUFINI, J.L. (ed.). New York: Gordon and Breach Science Publishers, n.1, 1983. p.168.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
- BARATA RCB. **A historicidade do conceito de causa**. In: Carvalheiro, José R. (org) **Epidemiologia: textos de apoio**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985. p.13-27.
- BARCELLOS, Christovam. **Os Indicadores da Pobreza e a Pobreza dos Indicadores: Uma abordagem geográfica das desigualdades sociais em saúde**. In **A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde**, organizador Christovam Barcellos. – Rio de Janeiro : ABRASCO : ICICT : EPSJV, 2008.
- BRASIL, Ministério da Educação. **Programa Saúde nas Escolas**. 2022. Acesso em: 11/08/2022. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: Tuberculose 2020**. Secretaria de vigilância em saúde. Número especial, março 2020. Acesso em: 16/04/2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-2020>
- _____ **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no brasil**. 2ª edição. Brasília – DF, 2019. Acesso em: 22/06/2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf
- _____ **Brasil Livre da Tuberculose - Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília, 2017 – Acesso em 05/04/2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf
- _____ **Brasil Livre da Tuberculose - Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, Estratégias para 2021-2025**. Brasília, 2021

– Acesso em 05/02/2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/plano-nacional-pelo-fim-da-tuberculose-como-problema-de-saude-publica_-estrategias-para-2021-2925.pdf/view.

_____ **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.** 2012. P. 48/49. Acesso em 16/03/2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE4OA==>

_____ **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, 2017. [internet]. Acesso em 16/03/2021. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

_____ **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Manual do ACS. Brasília, 2009. Acesso em: 07/08/2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf

_____ **Cartilha para o Agente Comunitário de Saúde: tuberculose.** Brasília, 2017. Acesso em 12/11/2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/cartilha-para-agentes-comunitarios-de-saude-tuberculose#:~:text=O%20objetivo%20desta%20cartilha%20%C3%A9,visita%20domiciliar%20de%20forma%20objetiva>.

_____ **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília – DF, 2006. Acesso em 18/09/2022. Disponível em: https://moodle.ead.fiocruz.br/modulos_saude_publica/sus/files/media/06_0257_M.pdf

_____ **Caderno de atividades do trabalho de campo.** Programa de formação de agentes locais de vigilância em saúde. In. MONKEN, Maurício; GONDIM, Grácia; BATISTELLA, Carlos. Rio de Janeiro. 2004.

BRICEÑO-LEÓN, R. Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Acesso em 11/10/2020. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/45vyc/pdf/barata-9788575413944.pdf>

CAMPINAS LLSL, ALMEIDA MMB. **Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento aos doentes com tuberculose no Programa Saúde da Família**. Bol Pneumol Sanit. 2004; 12(3):145-54.

CARDOSO, GCP *et al.*. **Sítios simbólicos de pertencimento e prevenção e controle da tuberculose: percepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil e na Etiópia**. Ciência & Saúde Coletiva, 25(8):2927-2937, 2020.

CARDOZO, R *et al.* **A descoberta da tuberculose no território: análise qualitativa do trabalho do agente comunitário de saúde**. Ciencia y Enfermeria XXI. 2015.

DEFENSORIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Perfil das pessoas atendidas pela Defensoria Pública na busca por vaga em creches no Rio de Janeiro**, Diretoria de Estudos e Pesquisas de Acesso à Justiça, Maio, 2022. Acesso em: 13/08/2022. Disponível em: https://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/relat%C3%B3rio_vagas_creche_agendamentos_CRC_09.05.2022.pdf

DIAS, J. C. **O clima na cura da tuberculose pulmonar**. Tese (Doutorado em Medicina), Faculdade de Medicina do Porto, Porto, Portugal, 1920.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. **Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, e00321153. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00321

FIOCRUZ. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Acesso em: 05/09/2020. Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf

FIOCRUZ. **Tuberculose**, 2021. Acesso em: 12/06/2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/taxonomia-geral-doencas-relacionadas/tubercuolse>

GASPAR, L.M.S. *et al.* **Conhecimento, atitudes e práticas de agentes comunitários de saúde sobre tuberculose pulmonar em uma capital do Nordeste do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 24(10):3815-3824, 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOVERNO DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Comissão Intergestores Bipartite**. Deliberação CIB-RJ nº 6.375, de 15 de abril de 2021. Acesso em 29/06/2021. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/732-2021/abril/7072-deliberacao-cib-rj-n-6-375-de-15-de-abril-de-2021.html>.

Comissão Intergestores Bipartite. Plano Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro – Acesso em: 29/06/2021. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2431-plano-de-trabalho-2021-alerj-sei/file.html>

Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Acesso em: 29/06/2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Mjk2Nzk%2C>

Programação Anual de Saúde 2022. Acesso em: 07/09/2022. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDcwNTI%2C#:~:text=A%20Programa%C3%A7%C3%A3o%20Anual%20de%20Sa%C3%BAde,recursos%20or%C3%A7ament%C3%A1rios%20a%20serem%20executados.>

Matriz com análises e considerações sobre as metas da PAS 2022: 1º RDQA 2022. Acesso em: 09/09/2022.

Disponível em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTAyMjY%2C>

GOULART, Elisiene. **Visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro.** Rev. Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2021 Jan-Dez; 16(43):2651.

GONZALEZ *et al.* **Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose.** Ver. Esc Enferm USP, 2007.

GONZALEZ *et al.* **A descoberta da Tuberculose no Território: análise qualitativa do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Ciencia y Enfermeria xxi (2): 87-97, 2015

HINO, P. **Distribuição espacial dos casos de tuberculose no município de Ribeirão Preto nos anos de 1998 a 2002.** [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP;2004.

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C. M. **Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da estratégia saúde da família.** Esc. Anna Nery [on-line]. 2010, v. 14, n. 3, p. 504-510.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS – IPP. **Índice de Desenvolvimento Social da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.** 2010. Acesso em: 16/03/2021. Disponível em: <https://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>

LACAZ, Carlos Silva da.; BARUZZI, Roberto G.; SIQUEIRA JÚNIOR, Waldomiro. **Introdução à Geografia Médica do Brasil.** São Paulo: Edgar Blucher Ltda. Editora da Universidade de São Paulo, 1972.

LAURELL, A. C. **La salud-enfermedad como processo social,** Revista Latinoamericana de salud, México, 1982, p. 135-158.

LEMOS, Jureth Couto.; LIMA, Samuel Carmo do. **A Geografia Médica e as doenças infecto-parasitárias.** Revista On Line Caminhos de Geografia, Uberlândia, v. 3, n. 6, jun. 2002. Acesso em: 01/02/2021. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3393811/mod_resource/content/2/LEMOS%20e%20LIMA%20Geografia%20medica%20e%20doencas%20infecto.pdf

LIMA NETO, J. E. **O Espaço do Dengue: Reflexões sobre a análise espacial do Dengue** – Deptº de Geografia, Universidade de São Paulo, 2001.

MACIEL, E.L.N. *et al.* **O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6):1377-1386, jun, 2008.

MELO, RAQUEL. **Tuberculose: quem são os doentes que não cumprem os tratamentos?** Revista Portuguesa de Pneumologia, V (6) 553-573, nov. 1999.

MEYER, R. M. P. **O urbanismo: entre a cidade e o território.** Cienc. Cult. vol.58 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2006.

MINAYO, M. C. S. **Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação.** In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 260- 297

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

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.

MONKEN, Maurício. **Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde.** In A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde, organizador Christovam Barcellos. – Rio de Janeiro : ABRASCO : ICICT : EPSJV, 2008.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso, FONSECA, Angelica Ferreira, LIMA Luciana Dias. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventários de conquistas e desafios.** *Saúde em debate*, v. 42, n. 1, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117> Acesso em 03 de março de 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; CHINELLI, F.; CARNEIRO, C. C. G. **Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS.** In: SILVA, L. B. & 110 DANTAS, A. V. (Org.). Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. P.93-113

NEPOMUCENO, RAQUEL *et al.* **O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática.** Artigo. *Ciênc. saúde coletiva* 26 (5). Maio 2021.

NUNES, M. *et al.* **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646, nov-dez, 2002.

NOSSA, Paulo Nuno. **Linhas de Investigação na Geografia da Saúde e a Noção Holística da Saúde. A Geografia e o contexto dos problemas de saúde.** BARCELLOS, Christovam. (Org.), 2008.

O SÃO GONÇALO. **25% dos bairros de São Gonçalo tem ruas interditadas por barricadas: Cerca de 400 mil moradores são 'reféns do tráfico'**. Redação, 15 de novembro de 2017. Acesso em: 20/08/2022. Disponível em: <https://www.osaogoncalo.com.br/seguranca-publica/39251/25-dos-bairros-de-sao-goncalo-tem-ruas-interditadas-por-barricadas>

PEITER, Paulo. **A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio.** Tese de doutorado. PPGG/UFRJ, julho de 2005. Acesso em: 02/02/2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Paulo-Peiter-2/publication/267838080_A_Geografia_da_Saude_na_Faixa_de_Fronteira_Continental_do_Brasil_na_Passagem_do_Milenio/links/572b90de08aef7c7e2c6b57e/A-Geografia-da-Saude-na-Faixa-de-Fronteira-Continental-do-Brasil-na-Passagem-do-Milenio.pdf

PESSOA, S.B. **Ensaio Médico-Sociais.** 2. ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978. Acesso em: 09/03/2021. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/Ensaio-medico-sociais.pdf>

PINHEIRO, Letícia Ribeiro Souto; MONTEIRO, Janine Kieling. **Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental.** *Cad. psicol. soc. trab.*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 35-45, dez. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172007000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 de ago. 2022.

PINTO, M. L. **O conhecimento da realidade dos indivíduos da comunidade gera subsídios para os ACS planejarem intervenções mais efetivas no âmbito coletivo e individual.** Dissertação de mestrado. Campina Grande-PB, 2014.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Rio de Janeiro, 2018. Acesso em: 20/03/2021. Disponível em http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/7677780/4225104/PMS2018_VersaoPreliminar.pdf
 _____ . **Tabnet municipal - Tuberculose.** Acesso em: 20/03/2021. Disponível em: <http://tabnet.rio.rj.gov.br/cgi-bin/dh?sinan/definicoes/tuberc2007.def>

RAMOS, Marise. **Conceitos básicos sobre o trabalho**. In: Fonseca, Angélica Ferreira. *O processo histórico do trabalho em saúde*. In: FONSECA, Angélica [et. al. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RIO DE JANEIRO, lei nº 7.286 de 31 de março de 2022. **Institui a Política Municipal de Controle e Eliminação da Tuberculose no Município**. Rio de Janeiro, RJ, março de 2022. Acesso em: 04/06/2022. Disponível em: <http://aplicnt.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/7cb7d306c2b748cb0325796000610ad8/85e76e859172cdd003258816004dd55b?OpenDocument>

ROJAS, Luísa. *La diferenciación territorial de la salud en la recuperación de los contextos*. In A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde, organizador Christovam Barcellos. – Rio de Janeiro: ABRASCO : ICICT : EPSJV, 2008.

RUFFINO-NETTO, A. **Tuberculose**. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina*. Ribeirão Preto 1991; 24: 225-40.

SANT'ANNA NETO, João Lima; SOUZA, Camila Grosso. **Geografia da saúde e climatologia médica: ensaios sobre a relação clima e vulnerabilidade**. Hygeia, Uberlândia, v. 4, n. 6, p. 116-126, jun. 2008.

SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A. DE; SILVEIRA, M. L. (EDS.). **Território: globalização e fragmentação**. São Paulo: Editora Hucitec : Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional, 1994.

SANTOS, M. **Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309-314, 2003.

SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e Concepções de Território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SCATOLIN, Beatriz *et al.* **Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: atuação do agente comunitário de saúde no controle da tuberculose em município de grande porte, brasil**. *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 23, núm. 2, abril-junio, 2014, pp. 261-269 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil

SOUZA, Fabiana; TOCANTINS, Florence. **Contactantes de doentes com tuberculose multirresistente – possibilidades de intensificar a ação da enfermagem.** Boletim de Pneumologia Sanitária – Vol. 7, Nº 1 – jan/jun – 1999.

SOUZA, Marcelo. **O Território: Sobre Espaço e Poder, Autonomia e Desenvolvimento.** In Geografia: Conceitos e Temas. 2011; p. 77-112.

TEIXEIRA, G. M. **Aprofundar o conhecimento espacial da tuberculose para melhor combatê-la.** Boletim de pneumologia sanitária 2004; 12(3): 141-43.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2019.** [s.l: s.n.]. Acesso em: 15/11/2020. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-report-2019>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2020.** [s.l: s.n.]. Acesso em: 03/11/2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-report-2020>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2021.** [s.l: s.n.]. Acesso em: 12/06/2022. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-report-2021>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - EPSJV

CURSO DE MESTRADO: EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

PESQUISADOR: ARTHUR DE ALMEIDA ALVES

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TERRITÓRIO NO
ENFRENTAMENTO À TUBERCULOSE: UM OLHAR SOBRE A COMUNIDADE DO
MANDELA

Dia, ___/___/___ Horário: :

Participante nº _____ Idade _____ Sexo _____ Raça/cor _____ Escolaridade _____

1. Há quanto tempo você trabalha como ACS na Comunidade do Mandela?
2. Como você descreveria o território que acompanha? Quais as principais características que mais lhe chamam atenção?
3. Qual a condição socioeconômica da população? Como você percebe o emprego/renda das famílias? Há muitas pessoas em situação de desemprego?
4. Qual a situação habitacional das famílias? As casas possuem boa estrutura? Como você percebe a relação nº pessoas/cômodo? Há uma boa circulação de ar nas casas?
5. Qual a sua percepção sobre a organização das casas ao longo do território? Há algum planejamento?
6. Há alguma dificuldade de acesso aos equipamentos educacionais pela população? O território dispõe de alguma escola, creche ou algum outro equipamento público?
7. Com relação a serviços, comércios, igrejas e locais de lazer, qual a disponibilidade no território?
8. Há alguma dificuldade enfrentada no território no acompanhamento de seus pacientes? Se sim, quais são?
9. Há algum problema de acessibilidade no seu território acompanhado? Você consegue circular livremente?
10. Qual o impacto da violência no território no acompanhamento de pacientes? Já atrapalhou o planejamento de ações em saúde?
11. Com relação a tuberculose, você já acompanhou algum paciente com TB?

Sim Não

Se sim, quais as dificuldades encontradas no tratamento desse(s) paciente(s)? Houve algum abandono? Já precisou realizar o Tratamento diretamente observado (DOTS)? Como foi para você acompanhar o paciente durante todo o tratamento?

Se não, a que você atribui esse fato?

12. Em 2018, Manguinhos registrou 162 novos casos de tuberculose. Em sua opinião, o que pode contribuir para o surgimento e o prevaecimento da tuberculose no bairro?
13. Quais ações de prevenção a tuberculose no território são adotadas por sua equipe de saúde? Em sua opinião há alguma outra que poderia ser implementada?
14. Já recebeu algum curso específico para o enfrentamento à TB?
15. Durante as reuniões de equipe, há discussões sobre o manejo de pacientes com tuberculose e estratégias de busca de contactantes? Fale um pouco sobre o assunto.
16. Você costuma expor e ou ser questionado sobre estratégias de enfrentamento a tuberculose voltadas para o território? Se sim, como isso ocorre? Se não, por quê?
17. Em média, qual o seu tempo gasto semanalmente presente na Unidade Básica de Saúde realizando atividades internas?

Entre 0 e 10 horas 10 e 20 horas 20 e 30 horas 30 e 40 horas

18. Fale um pouco sobre as atividades internas que você realiza na UBS.
19. Em média, qual o seu tempo gasto semanalmente presente no território realizando ações em saúde?

Entre 0 e 10 horas 10 e 20 horas 20 e 30 horas 30 e 40 horas

20. De acordo com as respostas anteriores, você considera que o seu tempo disponível para realizar ações em saúde no território é suficiente? Se não, o que impossibilita sua inserção com maior frequência no território?
21. Em sua opinião, as atividades internas na Unidade Básica realizadas pelos ACS impactam no seu tempo de território?

APENDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO SIMPLES

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - EPSJV

CURSO DE MESTRADO: EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

PESQUISADOR: ARTHUR DE ALMEIDA ALVES

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O TERRITÓRIO NO
ENFRENTAMENTO À TUBERCULOSE: UM OLHAR SOBRE A COMUNIDADE DO
MANDELA

Dia, ___/___/_____ Horário: : ás :

Localidade de Observação: _____

1. Condições de moradia:

Permanente Semiprecária Precária

Comentários: _____

2. Ventilação das casas. Casas com janelas ou outras entradas de ar.

Baixa Regular Adequada

Comentários: _____

3. Incidência solar nas casas:

Baixa Regular Adequada

Comentários: _____

4. Qualidade do ar. Circulação de ar renovado:

Baixa Regular Adequada

Comentários: _____

5. Densidade habitacional. Proximidade entre as construções:

Baixa Média Alta

Comentários: _____

6. Situação de saneamento básico:

Baixa Regular Adequada

Comentários: _____

7. Coleta de lixo:

Regular Irregular Lixo acumulado

Comentários: _____

8. Recursos Sociais:

Escolas Farmácias Áreas de Lazer Outros

Comentários: _____

9. Locais de encontros da população:

Comércio Igrejas Espaços de lazer

Comentários: _____

10. Aglomeração em espaços públicos:

Baixa Média Alta

Comentários: _____

11. Acessibilidade. Se os espaços proporcionam uma circulação livre.

Baixa Regular Adequada

Comentários: _____

12. Segurança.

Comentários _____

