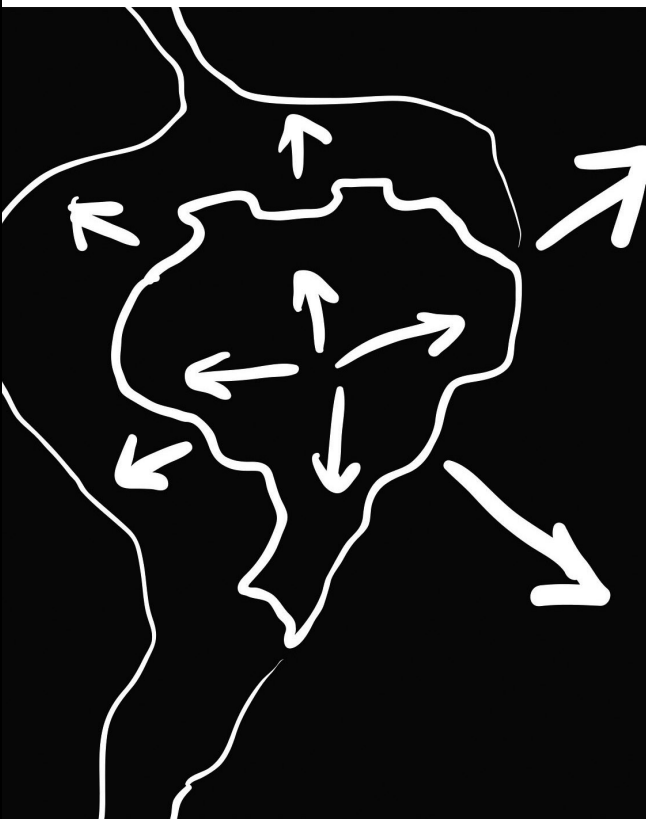


Rede de pesquisa em Manguinhos: sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS



Organizadoras:

**Isabela Soares Santos
Roberta Argento Goldstein**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

EDITORA HUCITEC

Este livro é fruto de um intenso trabalho de articulação política, social e técnica entre os coordenadores da Rede de Pesquisa PDTSP-Teias, trabalhadores da Fiocruz, gestores e sociedade na busca pela melhoria da qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde da população do território de Manguinhos.

Manguinhos é a morada da Fiocruz. E se conforma como um lugar complexo, onde encontramos favelas, trânsito intenso, equipamentos públicos diversos e quase todas as contradições que habitam os espaços urbanos, mas, fundamentalmente, encontramos gente como sujeitos que se organizam para conquistar novos patamares de bem viver. Aqui se constituiu um espaço de pesquisa e ação combinadas a reflexões e construção de soluções para problemas, principalmente no campo da Atenção Primária e para a Promoção da Saúde.

Atuar nesse espaço reforça a missão institucional da Fiocruz: produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que contribuam para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira.

A forma colaborativa de atuação dessa rede de pesquisa e a riqueza do aprendizado no processo de trabalho gerou esta publicação, que apresenta os relatos das

segue

pesquisas e da gestão da rede, bem como seus desafios de gerir financeiramente e tecnicamente os catorze projetos com objetos de pesquisa diferenciados e pesquisadores de diversas Unidades da Fiocruz.

Pensar em Rede nos remete a pensar em um conjunto de pessoas, órgãos ou organizações que trabalham em conexão, com um objetivo comum de articular interesses, pactuar prazos e atividades de forma sistemática e constante foi um desafio abordado pela coordenação da rede, mas que ao mesmo tempo proporcionou à Fiocruz uma nova forma de induzir e financiar pesquisas para que sejam desenvolvidas com resultados concretos e que de fato cheguem à aplicação na melhoria do SUS e das condições de vida da população brasileira.

Pesquisadores e suas equipes engajados nesse modelo de trabalho colaborativo desenvolveram diversos meios, formas e modelos criativos de se desenvolver as pesquisas e neste livro apresentam seus relatos buscando maior aproximação, conexão entre a academia, gestores, sociedade civil e SUS, tendo o território de Manguinhos como um espaço de pesquisa e de parcerias, buscando fortalecer o SUS.

Valcler Rangel Fernandes

Vice-Presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde da Fiocruz

Saúde em Debate 262
direção de
Gastão Wagner de Sousa Campos
José Ruben de Alcântara Bonfim
Maria Cecília de Souza Minayo
Marco Akerman
Yara Maria de Carvalho
ex-diretores
David Capistrano Filho
Emerson Elias Merhy
Marcos Drumond Júnior

É por certo a saúde coisa mui preciosa, a única merecedora de todas as nossas atenções e cuidados e de que a ela se sacrificuem não somente todos os bens mas a própria vida, porquanto na sua ausência a existência se nos torna pesada e porque sem ela o prazer, a sabedoria, a ciência, e até a virtude se turvam e se esvaem.

— MICHEL EYQUEM DE MONTAIGNE (1533-1592).
Ensaíos. “Da semelhança dos pais com os filhos”.
Trad. Sérgio Milliet

SAÚDE EM DEBATE

TÍTULOS PUBLICADOS A PARTIR DE 2013

- Saúde, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação*, Ana Luiza d'Ávila Viana, Aylene Bousquat & Nelson Ibañez
- Tecendo Redes: os Planos de Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS. A Experiência de Volta Redonda (RJ)*, Suelly Pinto, Túlio Batista Franco, Marta Gama de Magalhães, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Angela Guidoreni, Kathleen Tereza da Cruz & Emerson Élias Merhy (orgs.)
- Coquetel. A Incrível História dos Antirretrovirais e do Tratamento da Aids no Brasil*, Mário Scheffer
- Pscanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*, Rosana Onocko Campos
- A Medicina da Alma: Artes do Viver e Discursos Terapêuticos*, Paulo Henrique Fernandes Silveira
- Clínica Comum: Itinerários de uma Formação em Saúde* (orgs.), Angela Aparecida Capozzolo, Sidnei José Casetto & Alexandre de Oliveira Henz
- Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*, Gastão Wagner de Sousa Campos, Gustavo Tenório Cunha & Mariana Dorsa Figueiredo (orgs.)
- Intercâmbio Solidário de Saberes e Práticas de Saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares*, Marilene Cabral do Nascimento & Maria Inês Nogueira (orgs.)
- Depois da Reforma: Contribuição para a Crítica da Saúde Coletiva*, Giovanni Gurgel Acirole
- Diálogos sobre a Boca*, Carlos Botazzo
- Violência e Saúde na diversidade dos escritos acadêmicos*, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Raimunda Magalhães da Silva & Samira Valentim Gama Lira
- Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde: Textos Reunidos*, Túlio Batista Franco & Emerson Elias Merhy
- Adocimentos e Sofrimentos de Longa Duração*, Ana Maria Canesqui (org.)
- Os Hospitais no Brasil*, Ivan Coelho
- As Bases do Raciocínio Médico*, Fernando Queiroz Monte
- A Saúde entre os Negócios e a Questão Social: Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil-Militar (1964-1985)*, Felipe Monte Cardoso
- Descentralização e Política de Saúde: Origens, Contexto e Alcance da Descentralização*, Ana Luiza d'Ávila Viana
- Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil*, Solange L'Abbate, Lucia Cardoso Mourão & Luciane Maria Pezzato (orgs.)
- Por uma Crítica da Promoção da Saúde: Contradições e Potencialidades no Contexto do SUS*, Kathleen Elane Leal Vasconcelos & Maria Dalva Horácio da Costa (orgs.)
- Fisioterapia e Saúde Coletiva: Reflexões, Fundamentos e Desafios*, José Patrício Bispo Júnior (org.)
- Educação Popular na Universidade: Reflexões e Vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop)*, Pedro José Santos Carneiro Cruz, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Fernanda Isabela Gondim Sarmento, Murilo Leandro Marcos & Eymard Mourão Vasconcelos (orgs.)
- Regiões de Saúde: Diversidade e Processo de Regionalização em Mato Grosso*, João Henrique Scatena, Ruth Terezinha Kehrig & Maria Angélica dos Santos Spinelli (orgs.)
- Avaliação de Projetos na Lógica da Promoção da Saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Marco Antonio de Moraes (orgs.)
- As Ciências Sociais na Educação Médica*, Nelson Filice de Barros
- Os Mapas do Cuidado: o Agir Leigo na Saúde*, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Graça Carapinheiros & Rosemarie Andreazza (orgs.)
- Saúde que Funciona: a Estratégia Saúde da Família no Extremo Sul do Município de São Paulo*, Davi Rumel & Adélia Aparecida Marçal dos Santos (eds.)
- A reformulação da clínica e a gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas*, Bernadete Peréz Coelho
- Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas*, Mirna Teixeira & Zilma Fonseca (orgs.)
- Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: de Geisel a Dilma*, Carlos Augusto Monteiro & Renata Bertazzi Levy (orgs.)
- Saúde e Utopia: o Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira (1976-1986)*, Daniela Carvalho Sophia
- Lutas Sociais e Construção do SUS: o Movimento de Saúde da Zona Leste e a Conquista da Participação Popular*, João Palma
- Uma ou Várias? IdentidadeS para o Sanitarista!*, Allan Gomes de Lorena & Marco Akerman
- O CAPSI e o desafio da Gestão em Rede*, Edith Lauridsen-Ribeiro & Cristiana Beatrice Lykouropoulos (orgs.)
- Rede de pesquisa em Mangunibos: sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS*, Isabela Soares Santos & Roberta Argento Goldstein (orgs.)

OS DEMAIS TÍTULOS DA COLEÇÃO SAÚDE EM DEBATE ACHAM-SE NO FIM DO LIVRO

*Rede de pesquisa em Manguinhos:
sociedade, gestores e pesquisadores
em conexão com o SUS*

ISABELA SOARES SANTOS
ROBERTA ARGENTO GOLDSTEIN
ORGANIZADORAS

*Rede de pesquisa em Manguinhos:
sociedade, gestores e pesquisadores
em conexão com o SUS*

HUCITEC EDITORA
São Paulo, 2016

© Direitos autorais, 2016, da organização,
de Isabela Soares Santos & Roberta Argento Goldstein.
Direitos de publicação reservados por
Hucitec Editora Ltda.,
Rua Águas Virtuosas, 323
02532-000 São Paulo, SP.
Telefone (55 11 2373-6411)
www.huciteceditora.com.br
lerereler@huciteceditora.com.br

Depósito Legal efetuado.

COORDENAÇÃO EDITORIAL
Mariana Nada

ASSESSORIA EDITORIAL
Mariangela Giannella

CIRCULAÇÃO
comercial@huciteceditora.com.br / jmlivros@gmail.com
Tel.: (11)3892-7772 Fax: (11)3892-7776

REVISÃO TÉCNICA
Marco Akerman
(coordenador)
Aurea Ianni
Maria Cristina Marques
Nicolina Silvana Romano-Lieber

CAPA
dudesign artes g@áficas

ILUSTRAÇÕES
Sergio Magalhaes



FIOCRUZ

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação CIP
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

R249

Rede de pesquisa em Manguinhos : sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS / organização Isabela Soares Santos, Roberta Argento Goldstein. 1. ed. São Paulo : Hucitec, 2016.

331 p. ; 21 cm.

(Saúde em Debate ; 262)

ISBN 978-85-8404-079-7

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública Brasil. 3. Políticas de Saúde Pública Brasil. 4. Fundação Oswaldo Cruz. I. Fundação Oswaldo Cruz. II. Santos, Isabela Soares. III. Goldstein, Roberta Argento. IV. Série.

16-32839

CDD: 351.81076

CDU: 35.082(81)

A democratização das nossas sociedades se constrói a partir da democratização das informações, do conhecimento, das mídias, da formulação e debate dos caminhos e dos processos de mudança.

Betinho

SUMÁRIO

o0o

Prefácio, Paulo Marchiori Buss	13
Apresentação	21
Capítulo 1	
Trajatória da Rede PDTSP-Teias: aprendizados e desafios de um modelo de gestão de pesquisa para soluções em saúde pública	27
Isabela Soares Santos	
Roberta Argento Goldstein	
Ana Rabello	
Capítulo 2	
A formação de um conselho local de saúde	55
Mayalu Matos	
Rosane Marques de Souza	
Capítulo 3	
Curso saúde comunitária: uma construção de todos. A experiência em Manguinhos	71
Maria de Fátima Leal Alencar	
Caroline Ferraz Ignacio	
Angélica de Almeida	
Natália Alves Costa	
Sheyla David Dutra	
Antonio Henrique Almeida de Moraes Neto	

Capítulo 4	
Participação social e gestão em saúde: uma proposta educativa para fortalecer a gestão popular no SUS	85
Valéria Cristina Gomes de Castro	
Marcello de Moura Coutinho	
Capítulo 5	
A dialogia do riso e a gestão participativa	113
Marcus Vinicius Campos Matraca	
Tânia C. de Araújo Jorge	
Gert Wimmer	
Capítulo 6	
O Pac Favelas em Manguinhos: reflexões sobre o morar e a moradia (2008-2012)	125
Tania Maria Dias Fernandes	
André Luiz da Silva Lima	
Capítulo 7	
Trabalho “co-laborativo”: o rigor metodológico necessário para gerar efeito maior que a soma das partes	141
Maria das Mercês Navarro Vasconcellos	
Maria Paula de Oliveira Bonatto	
Capítulo 8	
Cuidados em saúde sexual e reprodutiva no Teias-Escola Manguinhos: conquistas e desafios	161
Claudia Bonan	
Kátia Silveira da Silva	
Andreza Rodrigues Nakano	
Marcia dos Santos Luiz	
Capítulo 9	
Conversando sobre as crianças e os adolescentes com condições crônicas complexas na Atenção Primária: a atenção do-	

miciliar gerando interfaces entre as especificidades e o cuidado no domicílio	175
Martha Cristina Nunes Moreira	
Claudia Carneiro da Cunha	
Alex Simões de Mello	
 Capítulo 10	
Em busca de serviços farmacêuticos com foco na pessoa com <i>Diabetes mellitus</i> em Manguinhos — conhecer para melhorar	193
Vera Lucia Luiza	
Luisa Arueira Chaves	
Luiz Villarinho Pereira Mendes	
Rita de Cássia Sobral	
 Capítulo 11	
Trilhas da promoção emancipatória da saúde em diálogo com a Atenção Básica	209
Fatima Regina Pivetta	
Marcelo Firpo de Souza Porto	
Fabiana Melo Sousa	
Lenira Fracasso Zacan	
Marize Bastos da Cunha	
Jairo Dias de Freitas	
Gleide Guimarães	
 Capítulo 12	
Diagnóstico socioambiental de Manguinhos: relato de uma experiência de pesquisa em favelas	231
Paulo Roberto de Abreu Bruno	
Rosália Maria de Oliveira	
Danielle de Almeida Carvalho	
Eduardo Junior Andrade Santos	
Graciara da Silva	

Capítulo 13

O enfoque ecossistêmico em saúde e o PDTSP-Teias 247

Carlos Machado de Freitas

Tais de Moura Ariza Alpino

Capítulo 14

**Avaliação da qualidade da informação de *sites* sobre dengue:
notas sobre uma experiência** 277

André Pereira Neto

Capítulo 15

**A avaliação da rede PDTSP-Teias: contribuição ao debate
sobre construção do conhecimento e de produtos para o SUS** 293

Ana Claudia Figueiró

Maria Aparecida dos Santos

Juliana Kabad

Marly Marques da Cruz

Zulmira Hartz

Sobre os autores 323

AS CONEXÕES ENTRE SAÚDE,
DESENVOLVIMENTO E A P&D APROPRIADA
NAS INSTITUIÇÕES DE C&T EM SAÚDE
À GUIA DE PREFÁCIO

PAULO MARCHIORI BUSS

oOo

VENCIDA A IMPORTANTE ETAPA GLOBAL da Agenda do Desenvolvimento das Nações Unidas 2030, que culminou com o compromisso dos chefes de Estado e de governo dos Estados-membros com a implementação da Agenda e a definição dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), em setembro de 2015, na sede da ONU, em Nova York, é tempo de buscar a sua translação para as esferas nacionais e locais.

Mais do que nunca, uma agenda de desenvolvimento sustentável, equilibrada entre os eixos econômico, social e ambiental, inclusiva e equitativa, é fundamental para que os mais de sete bilhões de habitantes da terra vivam vidas mais longas e mais saudáveis, sem comprometer o ambiente em que vivemos.

A dimensão local do desenvolvimento ganha tanta importância quanto as dimensões nacionais e global. Nesse sentido, experiências em desenvolvimento local e saúde, tal como a que se desenvolveu em Manguinhos nos últimos anos; e esforços de instituições técnico-científicas para desenvolver tecnologias para a saúde pública, capazes de contribuir com o desenvolvimento integral da saúde, nas suas dimensões individuais, sociais e ambientais, nas esferas locais ou nacional, são importantes e devem ser analisadas e divulgadas.

Este livro trata exatamente do esforço da Fiocruz em desenvolver respostas à qualificação do sistema de saúde brasileiro, incluindo tecnologias de saúde pública para o nível local, a serem colocadas oportunamente à disposição de outros municípios e territórios. E esta é uma dimensão fundamental do desenvolvimento local integrado e sustentável.

Desenvolvimento local

Tais preocupações e experiências não são de hoje na Fiocruz. Elas estão presentes já na década de 90. A partir de 1998 (há, portanto, quase vinte anos), no âmbito meu segundo mandato como diretor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) (1998-2000), realizava-se o projeto de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável de Manguinhos (Dlis Manguinhos) (Buss & Leitão [2000]; Buss [2000a]; Buss [2000b]), implementado com a liderança da Escola na região que circunda o *campus* da Fiocruz, mobilizando seus professores, pesquisadores e estudantes, assim como a comunidade local e diversas instituições reunidas no Comitê pela Ação da Cidadania de Combate à Miséria e pela Vida (Coep). Esta maravilhosa iniciativa liderada por Betinho no Brasil, teve na Fiocruz e em Furnas (sob a liderança dos eminentes ativistas sociais André Spitz e Gleyse Peiter) uma importante aliança que permitiu implementar o Dlis Manguinhos e o Canal Saúde.

A iniciativa do Dlis Manguinhos inspirava-se no conceito de promoção da saúde, mas com uma orientação de uma promoção de saúde “radical” (Buss & Ferreira, 2000), isto é, que superasse a dimensão restrita de educação em saúde voltada para indivíduos, procurando implementar simultaneamente todos os cinco campos de ação recomendados pela Carta de Ottawa (1986): políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos sistemas de saúde.

No caso do Dlis Manguinhos foram propostas e desenvolvidas quatro áreas de atuação principais:

* *desenvolvimento econômico, com geração de trabalho e renda*, com a suposição de que a melhoria das condições econômicas são essenciais para o desenvolvimento e possibilitam a aquisição de bens e serviços que podem incrementar a qualidade de vida e saúde; neste segmento há que se destacar a brilhante iniciativa liderada pelo inesquecível e reverenciado Prof. Szachna Elyasz Cynamon, criador, na Ensp, do projeto Universidade Aberta e da Cooperativa dos Trabalhadores Autônomos de Manguinhos (Icootram), fulcro inovador da geração de trabalho e renda na região;

* *infraestrutura urbana, com ênfase em habitação, ambiente e saneamento* — com a premissa de que um ambiente físico e, mais do que isso, um *habitat* adequado (moradia, água, esgoto, lixo, controle de vetores e drenagem urbana, entre outros aspectos) é componente indispensável para a qualidade de vida e a saúde;

* *saúde, alimentação e nutrição* — com a reorientação dos serviços de saúde na direção da prioridade às ações de promoção e prevenção, nos níveis populacional e individual, nos diversos cenários de atuação que se oferecem (escolas, ambientes de trabalho, nos próprios serviços de saúde, etc.) e a busca não só de orientação, mas do provimento de uma alimentação saudável, que é condicionada por fatores socioculturais, mas também econômicos;

* *desenvolvimento social*, incluindo educação, cultura, esporte, lazer, assistência a populações com necessidades especiais e fortalecimento das redes de apoio social — com a hipótese de que o incremento dos níveis de educação formal e do fortalecimento da educação e da cultura popular, além da possibilidade de desfrutar do esporte e do lazer, assim como de outros serviços sociais e de redes formais e informais de apoio social são componentes essenciais da qualidade de vida e contribuem para o incremento das condições de saúde.

O amadurecimento da organização popular da comunidade de Manguinhos, além da permanência da situação de extrema pobreza da região, atraiu os Governos federal, estadual e municipal no momento em que o segundo Governo Lula passou

a programar e implementar o Programa de Aceleração do Crescimento. Por isso, atrevo-me a dizer que o PAC Manguinhos foi o desaguadouro natural do Dlis Manguinhos.

A chegada da Agenda 2030 e a necessidade de aproximá-la do Plano Plurianual 2016-2019 do Governo Brasileiro (Brasil, 2015) e das políticas de saúde nas três esferas de governo, é um novo estímulo ao debate e práticas em desenvolvimento local, na medida em que a saúde da população só será alcançada com o enfrentamento dos seus determinantes sociais e a ação intersetorial, respectivamente foco e instrumento do desenvolvimento local. O tema do PPA é “Desenvolvimento, Produtividade e Inclusão Social” e a Mensagem Presidencial que o apresenta ao Congresso Nacional é uma peça com profunda identidade com as aspirações, conceitos e diretrizes da Agenda 2030 e dos ODS, conforme está sintetizado nos seus eixos estratégicos apresentados abaixo.

EIXOS ESTRATÉGICOS DO PPA 2016-2019

EDUCAÇÃO DE QUALIDADE COMO CAMINHO PARA A CIDADANIA
E O DESENVOLVIMENTO SOCIAL E ECONÔMICO

INCLUSÃO SOCIAL E REDUÇÃO DA DESIGUALDADE, COM
MELHOR DISTRIBUIÇÃO DAS OPORTUNIDADES DE ACESSO
A BENS E SERVIÇOS PÚBLICOS DE QUALIDADE

AMPLIAÇÃO DA PRODUTIVIDADE E DA COMPETITIVIDADE DA
ECONOMIA, COM FUNDAMENTOS MACROECONÔMICOS SÓLIDOS,
SUSTENTABILIDADE E ÊNFASE NOS INVESTIMENTOS PÚBLICOS E
PRIVADOS, ESPECIALMENTE EM INFRAESTRUTURA

FORTELECIMENTO DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS,
COM PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL, TRANSPARÊNCIA
E QUALIDADE NA GESTÃO

Desde sua criação, há cerca de sete anos, o Teias-Escola Manguinhos se apresenta como autêntica oportunidade de exercício da ação intersetorial para o enfrentamento dos problemas de saúde da população do território, particularmente se as instituições locais de saúde se articularem com outras instituições dos setores sociais e econômicos presentes na região. Pode, por-

tanto, representar uma experiência de planejamento intersetorial que busque sinergias entre as diversas ações de todos os setores que atuam no território, buscando clarificar a contribuição positiva da saúde aos outros setores e, destes, para a saúde.

Além disso, o projeto de Manguinhos deve buscar articulações com outros projetos de desenvolvimento local em curso na Fiocruz, caso do Projeto Bocaina, Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis (Projeto Bocaina, 2016), em desenvolvimento naquela região.

Pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde pública

A partir de 2001, quando assumi a presidência da Fiocruz, procuramos implementar, com o apoio do Conselho Deliberativo da Fiocruz e a adesão da maioria dos pesquisadores, um reordenamento da pesquisa em saúde na Instituição, entendendo-a nas suas dimensões, entre outras, de pesquisa biológica-biomédica, pesquisa clínica e pesquisa em saúde coletiva, integrando-as e acrescentando a elas, de forma clara e prioritária, a dimensão do desenvolvimento tecnológico (Fiocruz, 2005, p. 9).

Para tanto, foram criados o Programas de Desenvolvimento Tecnológico de Insumos em Saúde (PDTIS) e o Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP) (Fiocruz, 2005). Com isso buscava-se sanar uma distorção reconhecida por quase todos: a de que tínhamos uma excelente pesquisa científica, à qual faltava uma dimensão tecnológica, isto é, que respondesse, fosse com produtos necessários e prioritários (vacinas, medicamentos, reativos para diagnóstico e outros), fosse com tecnologias de promoção, prevenção, assistência e recuperação e intersetorial apropriadas, às necessidades do sistema de saúde do País.

No Relatório da primeira gestão (2001-2004), entre os *fatos relevantes* destacados encontra-se (Fiocruz, 2005, p. 6):

São criados e implementados o *Programa de Desenvolvimento Tecnológico de Insumos em Saúde (PDTIS)* — com redes

de inovação em vacinas, *kits* para diagnóstico, medicamentos, proteoma e genoma — e o *Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP)* — com redes de inovação em métodos e processos em saúde pública.

O PDTSP foi elaborado com a evidente intenção de construir tecnologias, ferramentas e mecanismos, inclusive de governança, adequados ao sistema de saúde nas esferas nacional, estaduais e locais. A compreensão da saúde como um produto social, dependente, por sua própria natureza, da ação do Estado e das políticas públicas, acrescentava a perspectiva da intersetorialidade às respostas que se buscavam com o PDTSP. No mencionado Relatório, explicita-se:

O PDTSP tem como objetivo fomentar atividades direcionadas à pesquisa e ao desenvolvimento de métodos e de processos que gerem soluções para os principais problemas da saúde pública. A meta é subsidiar a adoção de novos protocolos clínicos, políticas e ferramentas para melhorar o desempenho do sistema de saúde e para embasar a tomada de decisões sobre a incorporação de novas tecnologias no setor.

Muitos projetos foram desenvolvidos nestes últimos quinze anos de vigência do PDTSP, alguns em parcerias com estados e municípios, outros por iniciativa exclusiva dos pesquisadores da Instituição; neste livro apresentam-se alguns deles.

A Rede PDTSP-Teias, uma Rede de Pesquisa no Território de Manguinhos — Uma parceira academia, serviços de saúde e sociedade civil, é uma extraordinária estratégia que apresenta projetos de pesquisa bastante afinados com a ideia original do PDTSP, evidentemente atualizado pelas demandas dos tempos atuais.

No plano global, foi criada em 2012, logo após a Rio+20, pelo secretário-geral da ONU, a Rede de Soluções para o Desenvolvimento Sustentável (UNSDSN, 2016). Como o próprio nome indica, é uma rede de instituições acadêmicas que se pro-

põe a encontrar formas criativas de implementação dos dezessete ODS, em todos os níveis (global, nacional e local). O Informe mais amplo e definidor de sua ação encontra-se no documento UNSDSN 2016, a quem remetemos o leitor interessado. Seria muito proveitosa uma aproximação do PDTSP a esta Rede, seja com sua filiação formal, seja pela aproximação aos inúmeros projetos em andamento no seu interior.

Ao finalizar este prefácio, gostaria de alertar, como já fizemos em artigos nos últimos anos, para o tema crucial da governança do desenvolvimento sustentável (Buss et al., 2012; Buss et al., 2014). Nestes *papers*, cujos conceitos temos tentado expressar politicamente nos espaços nacionais e globais nos quais temos a oportunidade de participar, defendemos que o desenvolvimento sustentável integral e equitativo só será possível quando conduzido pelos governos em nome de Estados democráticos, com participação popular. A Agenda do Desenvolvimento 2030 é desapontadora nesses aspectos, porque omite tanto em posicionamentos políticos mais ousados, quanto na menção a instrumentos e ferramentas de governança.

O papel de programas como o do desenvolvimento local em Manguinhos e o PDTSP da Fiocruz podem ser extraordinárias fontes de experiências em planejamento, assim como de instrumentos e ferramentas que façam avançar a agenda do desenvolvimento local, integrado e sustentável, nas suas diversas e variadas dimensões, em vários territórios políticos no País; muitos dos projetos descritos em capítulos deste livro já desempenham esse papel ou são importantes fontes para isso. Por isso, uma mensagem final que deixo neste prefácio é a de conclamar as direções da Instituição e os pesquisadores, professores, tecnólogos e alunos a que prossigam, com força e determinação, no caminho que percorreram até aqui.

Referências

Brasil/MPOG *Plano plurianual 2016–2019: desenvolvimento, produtividade e inclusão social*, 2025. Disponível em: <http://www.>

- planejamento.bgov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-2016-2019/ppa-2016-2019-ascom-3.pdf>.
- Buss, P. M. Enfrentando a pobreza através da parceria Estado-Comunidade: Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável em Mangueiras. Rio de Janeiro: *Cadernos da Oficina Social*, vol. 5, pp. 117-32, 2000a. Disponível em [http://www.coeptbrasil.org.br/portal/Publico/apresentarArquivo.aspx?TP=1&ID=3341e9d5-0695-4ee8-9f68-a26de1000d0d&NOME=8%20%20Enfrentando %20a%20pobreza%20atrav%20da%20parceria%20Estado-Comunidade.pdf](http://www.coeptbrasil.org.br/portal/Publico/apresentarArquivo.aspx?TP=1&ID=3341e9d5-0695-4ee8-9f68-a26de1000d0d&NOME=8%20%20Enfrentando%20a%20pobreza%20atrav%20da%20parceria%20Estado-Comunidade.pdf)>.
- A experiência comunitária da Fiocruz: desenvolvimento local integrado e sustentável em Mangueiras, Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, vol. 24, n.º 55, pp. 31-43, mai.-ago. 2000b. Disponível em <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?bib=SAUDEDEBATE&pesq=Titulo%20do%20Artigo:%20A%20EXPERIENCIA%20COMUNITARIA%20NA%20FIOCRUZ%20DESENVOLVIMENTO>.
- Buss, P. M. & Ferreira, J. R. Local integrated and sustainable development as a strategy for “radical health promotion” in Brazil. *Promotion & Education*, vol VII, n.º 4, pp. 25-8, 2000. Disponível em <<http://ped.sagepub.com/content/7/4/25.extract>>.
- Buss, P. M & Leitão, C. Desenvolvimento local e Agenda 21: desafios da Cidadania. Rio de Janeiro: *Cadernos da Oficina Social*, vol. 3, pp. 13-65, 2000. Disponível em <[http://www.coeptbrasil.org.br/portal/Publico/apresentarArquivo.aspx?TP=1&ID=2d28134b-f299-430d-b589-0645f3c6196c&NOME=2%20Desenvolvimento %20Local%20e%20agenda%2021.pdf](http://www.coeptbrasil.org.br/portal/Publico/apresentarArquivo.aspx?TP=1&ID=2d28134b-f299-430d-b589-0645f3c6196c&NOME=2%20Desenvolvimento%20Local%20e%20agenda%2021.pdf)>.
- Buss, P. M. et al. Governança da saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 17, n.º 6, pp. 1479-91, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n6/v17n6a12.pdf>>.
- Saúde na Agenda do Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. *Cad Saúde Pública*. vol. 30, n.º 12, pp. 2555-70, 2014. disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02555.pdf>>.
- Fiocruz. *Relatório de atividades 2001-2004*, 2005. Disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/relat_2001_2004.pdf>.
- Projeto Bocaina / Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis, 2016. Ver: <<https://www.facebook.com/observatoriobocaina/>>.
- UNSDSN, 2016 <<http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2013/06/140505-An-Action-Agenda-for-Sustainable-Development.pdf>>.

APRESENTAÇÃO

o0o

O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.

— CORA CORALINA

ESTE LIVRO É FRUTO DE UMA INTENSA atuação de trabalhadores da Fundação Oswaldo Cruz, dos serviços de saúde, gestores locais do município do Rio de Janeiro e moradores do território de Mangueiras. Trata-se de relatar os resultados alcançados pelas equipes de pesquisa da “Rede PDTSP-Teias” que ocorreu entre 2010 a 2013, coordenada pelo Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP) da Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência (VPPLR/Fiocruz).

A produção de pesquisas de forma articulada e integrada pelas temáticas, conteúdos e atividades comuns, bem como a otimização de recursos financeiros e humanos, são características do que chamamos neste livro de Rede Colaborativa de Pesquisa. A construção compartilhada de conhecimento, baseada na confiança institucional fez com que este trabalho se transformasse em um exemplo de gestão de rede de pesquisa na Fiocruz. A noção de “rede” nos remete a um processo contínuo de articulação, integração e interdisciplinaridade. Esses princípios nortearam a condução da Rede PDTSP-Teias, ao compreender o desenvolvimento de novas ideias e processos decorrentes da integração entre os atores, configurada e reconfigurada pelo movimento da informação e da construção coletiva do conhecimento.

Este livro busca apresentar um *modus operandi* de gerir pesquisa e induzir a prática de pesquisa participativa e de intervenção. O processo de trabalho colaborativo, desde a concepção dos projetos à formação da rede, mostrou a necessidade de garantir uma publicação que valorizasse a narrativa da trajetória de cada pesquisa. O leitor conhecerá formas, ações e atividades que tradicionalmente são pouco valorizadas como produção científica, e, portanto, pouco relatadas em publicações acadêmicas. As equipes apresentam as suas percepções e experiências, acertos e percalços e, fundamentalmente, o compromisso dos pesquisadores e da Fiocruz de atuar em prol da melhoria da qualidade de vida da população na garantia do direito universal à saúde e na redução dos determinantes sociais em saúde.

O livro está apresentado no formato de quinze capítulos, sendo o primeiro formulado pela coordenação da gestão da rede e os outros catorze por cada equipe de pesquisa que compôs a rede. Cada capítulo relata os caminhos percorridos pelas equipes de pesquisa em um território vulnerável e dinâmico que envolveu: a identificação de problemas locais, criação de novas estratégias metodológicas, encontro de meios e formas atrativas de comunicação e o envolvimento da comunidade com as soluções propostas pelas pesquisas.

No primeiro capítulo, “Rede PDTSP-Teias: trajetória de uma rede de pesquisa”, as autoras, então coordenadoras da Rede PDTSP-Teias, relatam o desenvolvimento e desafios para a gestão de uma rede de pesquisa colaborativa no contexto da Fiocruz, indicando caminhos para a replicabilidade da experiência em outras realidades. Em seguida, conforme a organização dos trabalhos da rede no formato de grupos de trabalho, os Capítulos 2 a 7 apresentam as diversas perspectivas da Participação Social e o processo de fortalecimento da gestão participativa no território.

O segundo capítulo, “Formação de um conselho local de saúde”, desenvolvido por pesquisadores da Ensp envolvidos com o processo de implementação da gestão participativa no Teias-Escola Manguinhos por intermédio da construção de um Conselho Local de Saúde, denominado Conselho Gestor Intersetorial

(CGI). Valendo-se da articulação intersetorial, dos processos educativos horizontalizados e do uso de tecnologias de informação e comunicação para a participação social, este capítulo relata o rico processo de empoderamento dos atores locais. Já o “Curso de Saúde Comunitária: uma construção de todos. A experiência de Manguinhos”, é o terceiro capítulo apresentado e foi desenvolvido por pesquisadores do Laboratório de Inovações em Terapia e Bioprodutos (Liteb/IOC) que relatam a metodologia da construção e desenvolvimento de um curso de saúde comunitária destinado aos moradores do território de Manguinhos, com enfoque na questão do meio ambiente e saúde. O quarto capítulo, intitulado “Participação Social e gestão em saúde: uma proposta educativa para fortalecer a gestão popular no SUS”, desenvolvido por pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), apresenta o processo de construção e desenvolvimento de um curso de participação e gestão de saúde destinado aos conselheiros locais de saúde do território, com o objetivo de atualizar e capacitar moradores da região para atuarem nas instâncias participativas de saúde. O quinto capítulo, apresentado de forma lúdica e inovadora no formato de literatura de cordel, intitulado “Dialogia do riso e a gestão participativa”, desenvolvido por pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), relata a experiência da metodologia da dialogia do Riso aplicada ao território Manguinhos.

“O PAC Favela em Manguinhos; reflexões sobre o morar e a moradia (2008-2012)”, sexto capítulo, é apresentado pelos pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz (COC) e faz uma avaliação do ponto de vista dos moradores sobre os impactos das obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) no território em um panorama histórico sobre as relações possíveis entre a moradia e a saúde pública, considerando os rearranjos e intervenções públicas nas favelas. O sétimo capítulo — “Trabalho co-laborativo: o rigor metodológico necessário para gerar efeito maior que a soma das partes” — é resultado de uma parceria entre pesquisadores do Museu da Vida da Fiocruz com as escolas públicas do município e descreve o processo de aproximação e

das atividades educativas em saúde realizadas para os alunos e profissionais da educação.

A inserção dos pesquisadores no centros de saúde do território possibilitou uma reavaliação sobre a organização do sistema de saúde local e as ações dos serviços, conforme expostos nos Capítulos 8, 9 e 10. “Cuidados em saúde sexual e reprodutiva no Teias-Escola Manguinhos conquistas e desafios”, é o oitavo capítulo do livro. Este capítulo relata a avaliação sobre ações de assistência à saúde sexual e reprodutiva no âmbito do projeto Teias-Escola Manguinhos, o que contribuiu para a agilidade da organização da assistência favorecendo as articulações do território com a rede de saúde, para o acesso dos usuários a outros níveis de atenção. No nono capítulo, “Conversando sobre as crianças e os adolescentes com condições crônicas complexas na atenção primária: a atenção domiciliar gerando interfaces entre as especificidades e o cuidado no domicílio”, buscou-se dar visibilidade às crianças e adolescente com condições crônicas e complexas do território utilizando instrumentos qualitativos de cunho socioantropológico. Este capítulo foi desenvolvido por pesquisadores do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, criança e do adolescente Fernandes Figueira (IFF) com total apoio da gerência da Clínica de Saúde da Família Victor Valla, e apresenta o percurso do trabalho de como fazer dialogar a atenção básica e atenção especializada, por intermédio da atenção domiciliar a esse público que exige atendimento especial. O Capítulo 10, “Em busca de serviços farmacêuticos com foco na pessoa com *Diabetes mellitus* em Manguinhos: conhecer para melhorar”, apresentado por pesquisadores do Núcleo de Assistência Farmacêutica (Nasf), narra o processo de construção de um modelo para o serviço farmacêutico e de dispensação de fármacos junto aos pacientes portadores de *Diabetes mellitus* por meio de atividades educativas com ênfase na promoção da saúde e no uso racional dos medicamentos.

Os Capítulos 11 ao 14 apresentam pesquisas relacionadas às temáticas desenvolvidas pelo grupo de trabalho de Ambiente, Saúde e Informação, a respeito de questões relacionadas à quali-

dade ambiental do território, em especial sobre a água e o solo. A informação em saúde foi trabalhada em toda rede e sistematizada no Inquérito das Condições de Vida e Acesso à Saúde em Manguinhos, com publicação própria e edição da Editora Fiocruz. O décimo primeiro capítulo intitulado “Trilhas da promoção emancipatória da saúde em diálogo com a atenção básica”, desenvolvido pelos pesquisadores do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Ensp) buscou ressaltar a produção, circulação e apropriação de conhecimento pela população a respeito das pesquisas científicas no âmbito da promoção da saúde e da justiça ambiental. “O diagnóstico socioambiental de Manguinhos: relato de uma experiência de pesquisa em favelas”, é o décimo segundo capítulo, desenvolvido por pesquisadores do Departamento de Saneamento Ambiental (DSSA/Ensp) apresenta a metodologia para análise da qualidade ambiental do solo de Manguinhos e seu potencial risco à saúde da população, envolvendo moradores para o desenvolvimento das atividades de campo. O décimo terceiro capítulo, desenvolvido por pesquisadores da Ensp, traz a discussão da necessidade de pensar “O enfoque ecossistêmico em saúde e o PDTSP-Teias” como plataformas teórico-metodológicas que transformam a pluralidade de teorias e métodos, bem como, de vozes dos diferentes atores em seu maior potencial, combinando diagnóstico-participação-solução em relação aos problemas socioambientais em saúde. O décimo quarto capítulo, “Avaliação da qualidade da informação de dengue: notas sobre uma experiência”, desenvolvida por pesquisa do Laboratório da Internet, saúde e sociedade (Laiss/Ensp) apresenta o desenvolvimento de uma metodologia participativa em conjunto com moradores de Manguinhos e especialista de avaliação da qualidade da informação em sítios eletrônicos a respeito da dengue.

O último capítulo foi uma demanda da coordenação da Rede PDTSP, com o objetivo de avaliar o modelo de gestão da rede e os produtos gerados pelas pesquisas. Assim, o décimo quinto capítulo do livro intitulado “Avaliação da Rede PDTSP-Teias: contribuição para o debate sobre inovação na construção

do conhecimento e produtos para o SUS, aborda o processo de avaliação da Rede PDTSP-Teias e seus produtos. Este capítulo, além de avaliar, buscou criar condições aos gestores, pesquisadores, consultores e outros interessados, de refletirem sobre a utilização dos achados do estudo e reavaliarem suas ações no desenvolvimento no processo de criação de novas redes de pesquisa.

No processo de estruturação deste livro, percebemos o quão difícil e gratificante foi a construção de uma rede de pesquisa colaborativa no âmbito desta Instituição Pública e estratégica de saúde. Desenvolver produtos que sejam construídos e apropriados pela sociedade, gestores e profissionais de saúde visando o fortalecimento do Sistema Único e Saúde foi um grande aprendizado e o estímulo que moveu a coordenação da Rede desde sua criação.

Portanto, para todos os participantes da Rede PDTSP-Teias o nosso muito obrigado pelo contínuo envolvimento e confiança adquirida nesta longa caminhada.

— AS ORGANIZADORAS

CAPÍTULO 1
TRAJETÓRIA DA REDE PDTSP-TEIAS:
APRENDIZADOS E DESAFIOS DE UM MODELO
DE GESTÃO DE PESQUISA PARA SOLUÇÕES
EM SAÚDE PÚBLICA

ISABELA SOARES SANTOS
ROBERTA ARGENTO GOLDSTEIN
ANA RABELLO

o0o

ESTE CAPÍTULO TEM POR OBJETIVO contar o processo de formação e desenvolvimento da Rede PDTSP-Teias, iniciativa desenvolvida no âmbito do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP) da Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência (VPPLR/Fiocruz). Esta rede de pesquisa teve por finalidade fomentar pesquisas de intervenção de saúde no Território de Manguinhos buscando a melhoria das condições de saúde local.

Após quatro anos de intenso trabalho de gestão de rede e diversos meios e formas de divulgação dos resultados, acreditamos na importância de disseminar este registro, por meio da narrativa da trajetória de trabalho. Este processo foi enriquecedor porque apresenta o relato do processo de desenvolvimento da rede. Fala dos caminhos, que tiveram de ser percorridos pela equipe de gestão, desde a identificação e a criação de passos metodológicos, até o encontro de meios e formas inovadoras de gerir a rede de pesquisa. O processo de trabalho colaborativo, da concepção dos projetos à formação da rede, nos mostrou a necessidade de garantir a narrativa justificada também pelo potencial de replicação da metodologia em outros territórios vulneráveis.

A própria formação da rede de pesquisa e da sua condução foi uma inovação de gestão de ciência, que é o que contamos ao longo deste capítulo. Consideramos importante conhecê-la para compreender o contexto em que as pesquisas da rede foram desenvolvidas e aos resultados que chegaram, sendo alguns destes não previstos no escopo original dos projetos. Por se tratar de experiência pioneira e inovadora na Instituição, esperamos que o esforço coletivo da rede seja conhecido por um público maior e replicável a outros contextos sociais.

A Rede PDTSP-Teias no contexto da Atenção Primária em Saúde no Território de Manguinhos-RJ

A Rede PDTSP-Teias foi concebida pela Presidência e aprovada pelo Conselho Deliberativo da Fiocruz em 2009, como uma estratégia para apoiar, organizar e estruturar um projeto institucional e integrado de pesquisa e inovação tecnológica em saúde pública para o território de Manguinhos-RJ, onde fica situado o *campus* sede da Fiocruz. O principal motivo que levou a Presidência da Fiocruz a escolher esse tema para uma rede de pesquisas do PDTSP foi a necessidade de gerar respostas e atividades inovadoras para a gestão do projeto Teias Escola Manguinhos, uma iniciativa com a relevância e a pertinência que estava sendo constituída na época.

O Teias Escola Manguinhos foi constituído tendo como premissa as diretrizes do Ministério da Saúde que norteiam a proposta de Teias, do Pacto pela Saúde, do Mais Saúde e das Redes Integradas de Atenção à Saúde (Mendes, 2010; Mendes, 2009; Brasil, 2011). Em 2009 a Fiocruz assumiu o desafio da gestão da atenção básica em Manguinhos. O Teias-Escola Manguinhos foi constituído por meio de uma cooperação inovadora tripartite entre o Governo Federal, representada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) e os Governos estadual e municipal do Rio de Janeiro. Para isso foi assinado um Contrato de Gestão entre a Fiocruz, por intermê-

dio da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec), e a prefeitura do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Contrato de Gestão, 2009).

Desde então, o Teias é gerido pela Direção da Ensp e alocado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, localizado no *campus* sede da Fiocruz anexo à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CSEGSF/Ensp/Fiocruz) e objetiva a conformação de um território integrado de saúde no bairro de Manguinhos, como espaço de inovação das práticas do cuidado, do ensino e da pesquisa em saúde e melhoria da condição atual de saúde da população.

A ideia central da Rede PDTSP-Teias foi incentivar, integrar e fomentar pesquisas que desenvolvessem técnicas, métodos e processos de trabalho que pudessem ser replicados em outros territórios, e gerar produtos e ações concretas como retorno para a gestão do SUS e para a melhoria de vida das pessoas. Essa Rede contou com a parceria da gestão do Teias-Escola Manguinhos, por meio do componente de pesquisa e inovação em saúde, associado às práticas de promoção, prevenção e atenção à saúde. Outro aspecto importante foi a abrangência de ações relacionadas e alinhadas à diversidade da produção do conhecimento da Fiocruz, que deu consistência ao projeto e que ampliou o seu alcance.

Considerando que a implantação de um projeto como o Teias-Escola Manguinhos — de gestão da atenção básica para a reorganização do modelo de atenção com inovação nos processos de trabalho — é tarefa complexa e que a responsabilidade de sua execução é uma prática inovadora na Fiocruz, a Rede PDTSP-Teias atuou buscando adicionar esforços ao Teias-Escola Manguinhos, não por meio da execução, mas com o desenvolvimento de pesquisas, métodos, práticas e ações que contribuíssem ao aprimoramento do modelo de gestão do Teias. Esperava-se que essa iniciativa produzisse mudanças concretas na reorganização do modelo de atenção à saúde e melhorias efetivas na condição de saúde e qualidade de vida da comunidade de Manguinhos. Foi uma forma de a Fiocruz investir na aplicação do conhecimento

científico produzido sobre a realidade, a comunidade que se encontra geograficamente no seu entorno e conseqüentemente, a sociedade civil.

A Rede PDTSP-Teias foi constituída por diversos grupos de pesquisadores de diferentes Unidades da Fiocruz e parceiros de outras instituições, que juntos conformaram a base organizacional da Rede. Ali se buscou constantemente integrar e reintegrar as atividades e produtos dos grupos de pesquisa, redirecionar os esforços da produção individual para a colaboração institucional entre as unidades da Fiocruz no desenvolvimento da pesquisa e na articulação com o trabalho desenvolvido pelo Teias-Escola Manguinhos. A Rede teve como eixo principal a Organização da Atenção à Saúde em Rede, e contou com outros eixos que se estruturaram no decorrer das pesquisas, tais como: Organização das Informações, Participação Social, Intersetorialidade e Promoção da saúde e a proposta metodológica de Abordagem Ecosistêmica em Saúde.

Atenção de saúde no Território de Manguinhos

Manguinhos é o território no qual foram desenvolvidas as atividades da Rede PDTSP-Teias e possui características peculiares. É um bairro da zona norte do Rio de Janeiro, composto por treze comunidades que totalizavam cerca de 50.000 moradores em 2010, marcado por pobreza, violência e intenso tráfico de drogas. Apresentava um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade, tendo sido classificado em 122.º lugar entre os dos 126 bairros da cidade, junto com Guaratiba, Rocinha, Jacarezinho, Maré e Complexo do Alemão (Organização das Nações Unidas, 2010).

Há muitos anos a Fiocruz desenvolve diversas atividades de ensino e pesquisa, além de assistência à saúde neste território. Uma das experiências foi o programa Dlis Manguinhos (Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável), que visava à implantação de ações integradas para melhoria da qualidade de

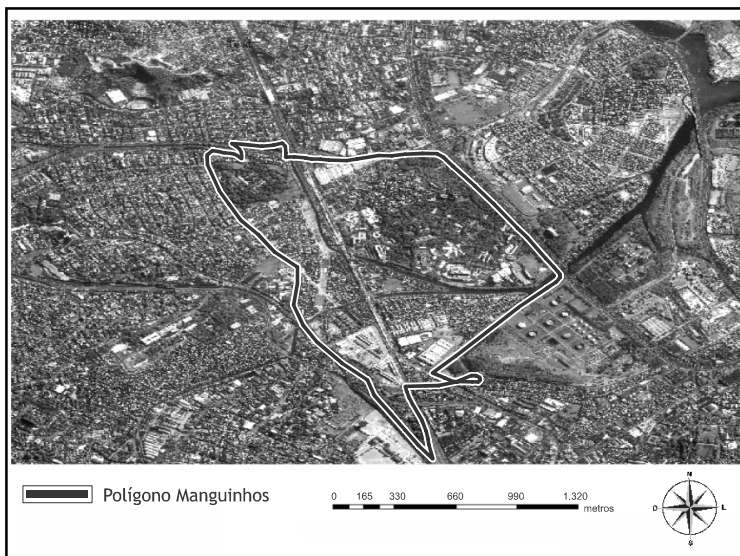
vida na região. Avaliações mostram que a iniciativa encontrou dificuldades para o fortalecimento da intersetorialidade tanto na esfera intergovernamental como no contexto local e que a experiência não teria conseguido gerar mudanças abrangentes e sustentáveis nos contextos sociais, ambientais e políticos (Magalhães & Bodstein, 2009), o que consiste em grande desafio a toda atuação que vier a ser realizada nesta área.

Durante quase cinquenta anos, Manguinhos contou apenas com um único equipamento de saúde para a atenção primária, o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/Ensp/Fiocruz, onde atualmente funciona também a Clínica de Saúde Manguinhos (CSM).

Em 2008, uma parceria dos Governos Federal e Estadual, sob coordenação da Secretaria de Estado de Obras do Rio de Janeiro, iniciou o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) em Manguinhos. Em 2009, com as ações do PAC, o bairro recebeu uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que originalmente era vinculada à Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ) e posteriormente foi municipalizada. Em abril de 2010, foi inaugurada a Clínica da Família Victor Valla (CFVV), anexa à UPA. Todas essas unidades passaram a ser geridas pelo Teias-Escola Manguinhos (Schincariol, 2010; Fundação Oswaldo Cruz, 2011) com vistas a ofertar atenção à saúde no território delimitado na Figura 1. No início de 2013, durante a vigência da Rede PDTSP-Teias foi implantada uma Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) em Manguinhos.

Um importante resultado da implantação do projeto Teias-Escola Manguinhos foi que em 2011 a região passou a contar com a quase totalidade de cobertura pela Estratégia da Saúde da Família, 98% (Figura 2). O atendimento dos moradores era realizado por treze equipes de saúde da família (em torno de uma equipe para cada mil moradores), que ficam alocadas na CFVV e na CSM.

Figura 1. Delimitação do território Teias-Escola Manguinhos, 2011

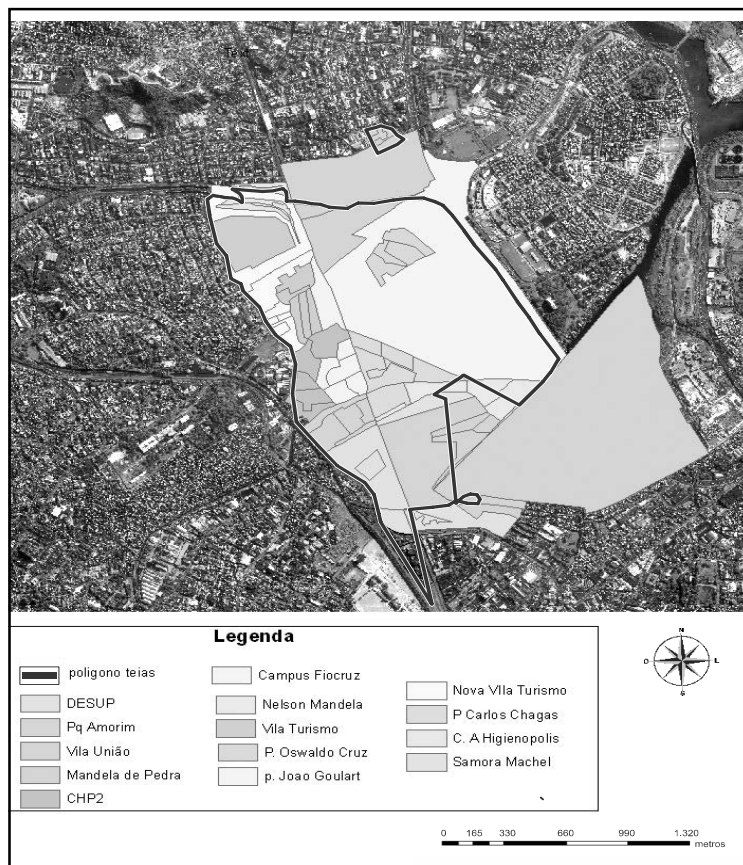


Fonte: Rede PDTSP-Teias. Imagem gerada em 12-2011.

O projeto Teias-Escola Manguinhos atua no território com diversas iniciativas, que incluem a assistência à Saúde da Família, o Programa Saúde na Escola em Manguinhos e um curso sobre gestão social para os moradores e profissionais de saúde da região, entre outros.

Além disso, foi constituído o Conselho Gestor Intersectorial de Manguinhos, com a finalidade de fortalecer a gestão participativa sobre a política de saúde entre os moradores. Nesse processo, diversos participantes, gestores e profissionais da saúde, sociedade civil, instâncias e órgãos governamentais de diferentes setores têm sido capacitados para entenderem e atuarem nos Determinantes Sociais em Saúde que afetam a qualidade de vida dos moradores de Manguinhos (Schincariol, 2010; Fundação Oswaldo Cruz, 2011).

Figura 2. Cobertura do Teias-Escola Manguinhos segundo setores censitários, 2011



Fonte: Rede PDTSP-Teias. Imagem gerada em 12/2011.

Pesquisa em rede: articulação e metodologia de trabalho

ARTICULAÇÃO

Após a aprovação e a criação da Rede PDTSP-Teias, iniciou-se um intenso processo de trabalho pactuado e colaborativo em parceria com a gestão do Teias-Escola Manguinhos, por meio de uma discussão aberta com pesquisadores da Fiocruz em seminário ocorrido na Ensp em fevereiro de 2010.

A Rede PDTSP-Teias teve início formal em junho de 2010, com o convite para participação por meio de uma Chamada Aberta, aos servidores da Fiocruz. Esta chamada foi elaborada em parceria por duas Vice-Presidências da Fiocruz¹ para submissão de Cartas de Interesse de pesquisa no território de Manguinhos.

O modelo de gestão da Rede PDTSP-Teias previa que a Rede contaria com a atuação diretiva e facilitadora de um Comitê Gestor, o qual foi instalado em junho de 2010. Sua composição inicial contava com dirigentes da Fiocruz e da SMS-RJ. Ao longo dos trabalhos da Rede, sua composição foi sendo aperfeiçoada em busca do aumento de sua capacidade de gestão. Em setembro de 2010 foram incluídos representantes dos pesquisadores e no primeiro semestre de 2011 foi identificada necessidade de nova revisão de sua composição, que em agosto de 2011 estruturou-se contando também com a Coordenação da Área Programática 3.1/SMS-RJ, dirigentes das CFVV, agente comunitário e de consultores especialistas científicos nos temas tratados pelas pesquisas da Rede.

Em resposta à Chamada, o PDTSP recebeu propostas de trabalho de 34 grupos de pesquisadores (Quadro 1 anexo). Definuiu-se que a coordenação da Rede seria feita pelas coordenadoras do Programa à época, Ana Rabello e Isabela Santos.

As propostas e a forma de andamento do trabalho em rede foram analisadas e discutidas durante a primeira reunião do Comitê Gestor. Houve consenso de que o trabalho em rede necessitaria de atuação colaborativa e que o produto final deveria ser um projeto coletivo, resultante do trabalho colaborativo das equipes participantes da Chamada, consideradas as *expertises* de cada pesquisador, e essa resultante não deveria ser meramente a somatória de projetos de cada Carta de Interesse.

As decisões de andamento dos trabalhos da Rede foram pactuadas em reuniões com todos os participantes da Rede e registradas em memórias divulgadas por *e-mail* para todos os coordenadores das propostas de pesquisa e membros do Comitê

1 Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratório de Referência (VPPLR) e Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS).

Gestor, como forma de documentação dos encaminhamentos e deliberações da Rede. A pertinência da inclusão da proposta de cada grupo na Rede seria definida pelos próprios participantes e pelos gestores, durante reuniões de integração e de avaliação do potencial de resultados.

Na metodologia de trabalho, os pesquisadores eram constantemente incentivados a participar das reuniões de trabalho para discussão de propostas, identificação de interfaces entre os grupos e as pesquisas, sobreposições, convergências e identificação de possíveis participantes internos e/ou externos com *expertise* no tema.

Após a organização dos grupos de trabalho da Rede, passou-se à etapa de financiamento dos projetos. Os recursos foram sendo descentralizados à medida da demanda de cada atividade, visando o uso racional dos recursos financeiros. Como exemplo, foi identificada a possibilidade de compartilhamento de equipamentos solicitados por mais de um grupo de pesquisa, sendo então os equipamentos adquiridos para a Fiocruz, com a permissão de uso pelos pesquisadores, com agendamento prévio. Conseguiu-se com isso diminuir a quantidade de compras e aquisições de materiais e equipamentos. Também foram disponibilizados equipamentos de diferentes unidades da Fiocruz, sempre que possível.

Diante da necessidade de vários grupos de realizar pesquisas de campo para coleta de dados primários, a coordenação do Programa convidou Marília Sá Carvalho (Procc), pesquisadora com grande experiência em estudos de campo, que passou a integrar a Rede e coordenou o “Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde no Território de Manguinhos”, que foi preparado ao longo de 2011 e realizado em 2012-3, concomitante às obras do PAC e durante a implantação da UPP em Manguinhos. Assim, todas as informações, necessárias aos vários estudos foram discutidas com os pesquisadores, sistematizadas e consolidadas em uma grande pesquisa de campo. O resultado foi um questionário composto por perguntas já testadas e validadas, sobretudo da Pnad/IBGE e da PNS (Pesquisa Nacional de Saúde), que foi usado e poderá vir a ser usado

novamente em Manguinhos e outros territórios. O questionário foi elaborado com apoio de outros pesquisadores da Fiocruz com *expertise* no tema, como Francisco Viacava (Icict, grande experiência na Pnad/IBGE), Paulo Borges (amostrista Icict, grande experiência na PNS), Christovam Barcellos, Monica Magalhães (Icict) e Roberta Argento Goldstein (PDTSP) com experiência em informações e geoprocessamento e Renata Rabello (então PDTSP, epidemiologista).

As pesquisas também exigiram grande articulação, uma vez que a maioria realizava atividades que contavam com a participação da população moradora de Manguinhos. Uma preocupação da coordenação da Rede era que as atividades não fossem evasivas e repetitivas, a fim de valorizar o apoio, a sabedoria e a experiência da comunidade. Assim, a gestão incentivou a estruturação de um grupo de pesquisadores que atuavam diretamente com atividades que envolviam a Participação Social, tais como: coorganização de reuniões, coordenação das atividades temáticas na rede, revisão, disseminação de informações sobre as pesquisas do Programa em mídias (*blog*, informativo, ciclo de debates e articulação institucional) e o gerenciamento das atividades no território, mobilização social com gestores, técnicos e população — para conselho local de saúde.

ENTENDENDO O FUNCIONAMENTO DA REDE PDTSP-TEIAS: MÉTODO DE TRABALHO

A demanda por apoio de gestão neste processo inovador de trabalho em rede com forte atuação da coordenação sobre as atividades dos grupos de pesquisa desencadeou um trabalho conjunto do Comitê Gestor com a equipe do PDTSP e a Diretoria de Planejamento Estratégico da Fiocruz, Diplan.

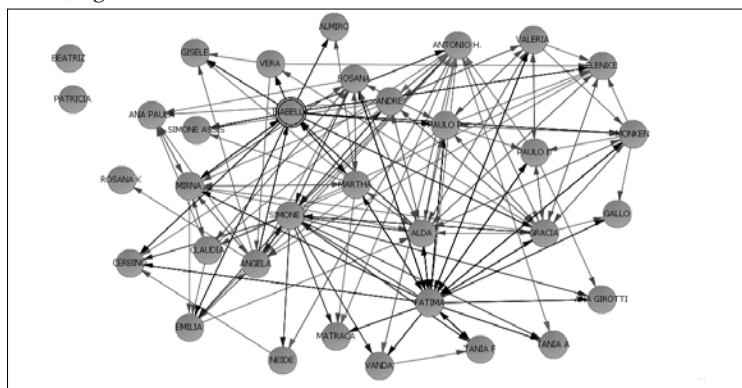
Este trabalho foi discutido e aprimorado com os grupos de pesquisa e resultou na produção conjunta de documento metodológico,² apresentado, discutido e aprovado por toda a Rede. Adotou-se o modelo teórico de rede social elaborado com base na me-

2 Metodologia para trabalho na Rede PDTSP-Teias.

metodologia de Análise de Redes Sociais (Morel et al., 2009). A partir do estudo de documentos das propostas de trabalho a releitura das Cartas de Interesse, dos produtos gerados nas reuniões da rede e dos grupos, bem como das *expertises* dos pesquisadores e dos principais enfoques e características de cada proposta de trabalho, foi feito um mapa da Rede, utilizando-se o *software* Ora, que possibilitou sua visualização segundo seus enfoques.

Uma etapa estratégica foi o apontamento de interfaces entre os pesquisadores feito pelos próprios pesquisadores (Figura 3), que foi importante para ajustar articulações muitas vezes pouco identificadas nos documentos de trabalho.

Figura 3. Possíveis interfaces apontadas pelos Pesquisadores da Rede PDTSP-Teias, segundo semestre de 2010.



Nota: Figura elaborada pela Diplan/Fiocruz a partir das reuniões da Rede PDTSP-Teias.

À época do recebimento das 34 propostas, a organização da Rede se dava em dois eixos principais: sub-rede Modelo de Gestão e a sub-rede Abordagem Ecológica em Saúde. A partir deste mapeamento e do trabalho dinâmico de integração das propostas de trabalho, a Rede foi reorganizada em diferentes frentes. Uma pela fase de atuação da pesquisa — diagnóstico, intervenção e/ou avaliação e outra com os temas comuns (Figura 4):

* Mapeamento de Redes Sociais (Redes e Situação / Necessidade de Saúde);

* Avaliação (Redes / Serviços / Satisfação dos Usuários / Sistemas);

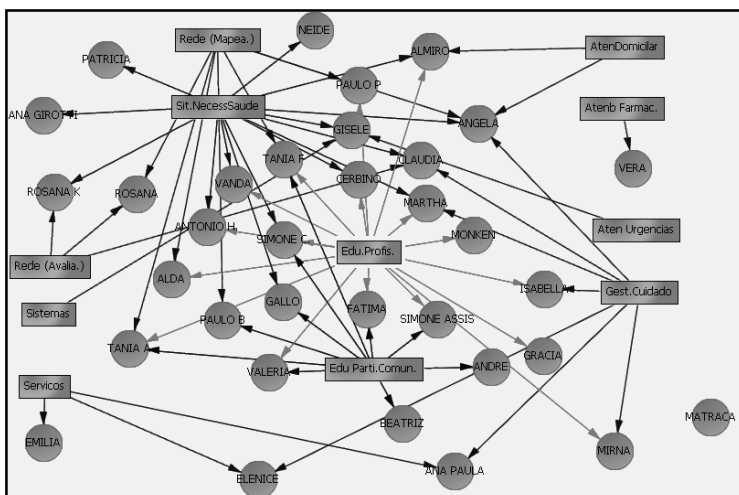
* Educação Profissional;

* Gestão Participativa e Educação Popular;

* Gestão da Atenção e do Cuidado à Saúde (Assistência Domiciliar/ Assistência Farmacêutica/ Atenção às Urgências / Gestão do Cuidado).

A atuação dos grupos de trabalho foi facilitada pela consultoria de pesquisadores da Fiocruz que são referência nos temas destacados acima. Eles atuaram com conhecimento técnico especializado, apoiando o andamento dos trabalhos e as decisões de alocação de recursos da Rede, com a garantia da qualidade científica necessária. Atuam também na articulação e integração das propostas de trabalho dos pesquisadores. Talvez o ponto mais peculiar do trabalho dos consultores tenha sido sua representação como referência nas decisões científicas que permitiram a institucionalização das atividades e dos produtos, que antes eram de cada pesquisador, para toda a Fiocruz.

Figura 4. Grupos de Pesquisa e Pesquisadores da Rede PDTSP-Teias, janeiro de 2011



Nota: Figura elaborada pela Diplan/Fiocruz a partir das reuniões da Rede PDTSP-Teias.

A Rede foi reorganizada a partir do trabalho de profissionais referência nas áreas apresentadas a seguir:

* Informação e Geoprocessamento: Coordenação de Christovam Barcellos e Monica Magalhães. Apoio operacional de Roberta Argento Goldstein e Renata Rabello. Trabalharam na organização das diversas informações requeridas pelos pesquisadores da Rede e nas atividades para o geoprocessamento das informações que foram geradas pela pesquisa de campo. Foi um grupo com grande interface com o grupo de Pesquisa de Campo e que também contou com o apoio de Francisco Viacava e Paulo Borges para questões específicas.

* Pesquisa de Campo: Coordenação de Marília Sá Carvalho. Apoio operacional de Juliana Tobinaga e Amanda de Carvalho. Atuaram na coordenação do Inquérito sobre Condições de Saúde e Utilização de Serviços de Saúde no território de Manguinhos.

* Participação Social: Coordenação de José Leonídeo. Apoio operacional de Mayalu Matos e Rosane Marques. Articularam as inúmeras atividades e acontecimentos relacionados à Participação Social com os diferentes atores e pesquisadores da Rede, orientando assim, as atividades com as necessidades reais do território.

* Atenção à Saúde: Coordenação inicial de Isabella Koster. As pesquisas deste grupo desenvolveram atividades com gestores e profissionais de saúde do Teias, trabalharam desde a concepção da organização da atenção à saúde em rede, até fluxos do processo de trabalho, protocolos e diretrizes clínicas. Teve importante interface com o grupo de Participação Social.

Ao longo do processo de trabalho em Rede e da reorganização das atividades, revisão de metodologias e produtos, os pesquisadores se reorganizaram. Alguns reviram sua disponibilidade ou adequação da proposta e deixaram a Rede, outros ajustaram a contribuição com o conhecimento para a Rede e não mais para uma pesquisa específica. Outros se agruparam. Com isso, a Rede PDTSP-Teias passou para catorze equipes de pesquisa (Quadro 2, em anexo), número bem menor, porém mais consistente

em relação aos objetivos do trabalho e integrado à Rede. Essas equipes permaneceram na Rede até o seu encerramento formal, em dezembro de 2012, data acordada para a finalização dos produtos de cada projeto (Quadro 3). Nos anos seguintes continuaram participando da elaboração de produtos coletivos da Rede previstos para serem realizados após a vigência do período de desenvolvimento das pesquisas.

Durante o desenvolvimento da Rede PDTSP-Teias, algumas propostas de trabalho estavam previstas e foram executadas posteriormente ao desenvolvimento das pesquisas. Entre elas, destacam-se:

* Avaliação: prevista desde o início da Rede PDTSP-Teias. Inclusive avaliação da própria Rede de pesquisa e da gestão da Rede, demandado pela coordenação do PDTSP ao grupo de pesquisa do Laser/Ensp e realizado entre 2013 e 2015;

* Divulgação dos resultados: dados do Inquérito de condições de vida e acesso a saúde no Território de Manguinhos em formato Tabwin e Tabnet, com acesso público no site do Datasus. Complementarmente, alguns resultados estão sendo divulgados no Portal Teias.³

* Relacionamento das bases de dados: Pesquisa de Saúde Manguinhos com o Siab (Sistema de Informação da Atenção Básica), realizado no período 2013-5 pela equipe de Marília Carvalho, que havia coordenado o Inquérito.

Publicações: dois formatos de publicações, destinadas principalmente a gestores públicos, uma voltada à apresentação das equipes e produtos das experiências dos projetos da Rede PDTSP-Teias, chamada Portfólio da Rede de Pesquisa no Território de Manguinhos e publicado em agosto de 2015.⁴ A outra publicação é o presente livro, com a narrativa das trajetórias das pesquisas, incluindo a sistematização do processo de articulação do trabalho, erros, acertos, desafios e replicabilidade.

3 Disponível em <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/node/121>>.

4 Disponível em <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/portfoliopppirfinal_baixa_1.pdf>.

Avaliação da Rede PDTSP-Teias: aprendizados e desdobramentos

A experiência da Rede PDTSP-Teia fica mais clara se observado o contexto institucional pelo qual passava o PDTSP. O Programa foi reformulado a partir de uma proposta de um novo modelo de gestão para o período 2009-12 feita com base em um breve diagnóstico que identificou as seguintes lacunas: os resultados dos projetos não eram de fácil incorporação aos serviços do SUS, limitada incorporação dos gestores e demais trabalhadores do SUS no desenvolvimento, participação criativa ou analítica dos projetos, curto prazo e o pequeno investimento por projeto, tendência de formação de redes temáticas reunindo projetos de áreas afins, mas com pequena ou ausente integração de projetos, restrito gerenciamento dos projetos e de recursos humanos e limitada avaliação do resultado do projeto.

A proposta buscou afastar-se do modelo de agência financiadora de pesquisa, evitou o lançamento de editais competitivos e orientou-se pela preocupação de realizar convites dirigidos a novas e articuladas atuações incentivando parcerias entre pesquisadores, profissionais de saúde, gestores, agentes, representações sociais, etc.

A aplicação desse modelo de gestão tornou coletivos os processos de gestão, planejamento, financiamento, execução, monitoramento, avaliação e publicação. O Programa tornou-se mais indutor e catalisador. As avaliações deixaram de ser anuais e tornaram-se contínuas. Os processos não foram competitivos, mas colaborativos. Muitas atividades foram coordenadas por grupo gestor contando com a participação de membros da Rede, gestor ou técnicos representantes dos órgãos executores específicos. Os processos caracterizaram-se por elevada capacidade de inovação, mérito e relevância, sempre priorizando a qualidade da pesquisa.

Em relação à constituição da Rede PDTSP-Teias, em que pese toda a dificuldade, foi uma proposta inovadora que seguiu a tendência de cada vez mais trabalhar buscando diminuir as sobreposições e integrar os trabalhos, com o que se supôs alcançar

maiores e melhores resultados — no caso, tanto das pesquisas em si como da coordenação das pesquisas — além de contribuir para maior integração intra e interunidades da Fiocruz.

A Rede PDTSP-Teias foi criada com intuito de incentivar o desenvolvimento de pesquisas que resultassem na melhoria do serviço de saúde prestado pelo Teias-Escola Manguinhos e das condições de vida da população, além de usufruir da oportunidade de estudar um caso de gestão realizada pela Fiocruz.

Um dos resultados mais positivos desta rede foi obter maior transversalidade do conhecimento e que as ações e resultados se dessem de forma articulada, multidisciplinar e cooperada entre as unidades da Fiocruz, diminuindo a atomização do trabalho e rompendo ainda com a forte lógica de compartimentalização dessas unidades e de cada pesquisa. Além disso, a atuação dos pesquisadores-consultores contribuiu para a institucionalização das atividades e dos produtos gerados pela rede. A abertura para o dinamismo da rede permitiu a elaboração de alguns produtos coletivos não previstos e de grande importância — tanto como integradores dos grupos de pesquisa, como do conteúdo específico da pesquisa.

Entretanto, o sucesso dessas ações requer um trabalho intenso e contínuo de confiança entre os atores da rede, o que demandou grande esforço de gestão e requereu constante trabalho de ajuste fino e garantidor dos relacionamentos e interfaces entre os pesquisadores — elementos que na literatura são chamados *links* ou *betweens* e que garantem o entrelaçamento da rede (Louise Potvin, 2005). E mesmo após o encerramento formal da rede, com a finalização do apoio financeiro aos projetos, esses *links* ainda se fizeram presentes para a fase de adequação dos produtos ao uso. Essa fase do uso da pesquisa é crítica para este tipo de trabalho e é comumente mal dimensionada nos cronogramas das pesquisas, possivelmente pela dificuldade que os pesquisadores têm de identificar e prever todas as atividades e etapas necessárias a sua realização.

Merece destaque que o mesmo trabalho de gestão da rede que garantiu os resultados positivos anteriormente assinalados, só foi possível graças ao constante trabalho de avaliação e

reavaliação das propostas dos grupos de pesquisa, tanto pela coordenação da rede e do PDTSP, como pelos consultores que ocupavam o papel de referência técnico-científica e pelos trabalhadores e gestores do SUS envolvidos na Rede, implicando repetida negociação caso a caso, do orçamento e do produto a ser elaborado.

A gestão do PDTSP encomendou estudo avaliativo ao grupo de pesquisa da Fiocruz que é referência em avaliação de programas e serviços. Ele foi realizado sob coordenação das pesquisadoras Ana Claudia Figueiró e Marly Marques Cruz, do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Ensp/Fiocruz (ver Capítulo 15). Este projeto está articulado com um projeto maior de Gestão do Conhecimento e Translação em pesquisa de saúde, estruturado em cooperação com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IMHT/UNL, na pessoa de Zulmira Hartz, vice-diretora) e do Institut de Recherche en Santé Publique da Universidade de Montreal (na pessoa de Louise Potvin, professora titular do Departamento de Medicina Social e Preventiva).

O trabalho desenvolvido pelo grupo de avaliação da Rede PDTSP-Teias foi feito em conjunto com a coordenação do PDTSP. Isso se deve à natureza da pesquisa avaliativa que, ao mesmo tempo que avalia, aplica os resultados. A avaliação da gestão e dos resultados da Rede PDTSP-Teias, tornou-se a aplicação do aprendizado advindo pela sistematização dos erros e acertos, uma vez foi realizada em concomitância a alguns de seus achados. Os resultados da avaliação também foram aplicados à rede de pesquisa subsequente à Rede PDTSP-Teias.

A experiência de uma rede iniciada sem edital competitivo permitiu que fossem incorporados todos os pesquisadores que propuseram pesquisas dentro das especificações exigidas, como por exemplo, que o objeto de estudo se aplicasse ao território de Mangueinhos, e que participassem das atividades da Rede.

Um grande desafio de operacionalização dessa proposta foi a gestão da rede. Eliminar a concorrência prévia não suprimiu a seleção realizada no modelo cooperativo e pela adequação das

propostas no limite dos recursos disponíveis e nas regras de objeto de pesquisa.

Um desafio que pode vir a ocorrer na prática e requer atenção da gestão da rede de pesquisa no modelo cooperativo é o risco de favorecimento de projetos previamente iniciados. Nesse sentido, a identificação da potencial carteira de projetos merece a maior transparência possível para contemplar novos projetos estratégicos que possam ser interessantes, mas de difícil identificação pelos comitês de seleção de projetos para redes futuras.

Outro problema observado na experiência é que a ausência de edital concorrencial não eliminou a tendência que os pesquisadores têm de dar continuidade aos trabalhos e metodologias que desenvolviam até então, e muitas vezes o projeto apresentando era autorreferido. Portanto, a mudança de edital competitivo para seleção cooperativa ainda é um desafio para os agentes financiadores, pois a cultura que predomina na pesquisa ainda é de acomodação e adaptação de projetos individuais preexistentes.

Além do imenso de desafio de introduzir na carteira de projetos dos pesquisadores as denominadas pesquisas voltadas para a geração de soluções na saúde pública e na gestão em saúde, também é necessário construir viabilidade institucional, política e técnica para assegurar a incorporação dos resultados às políticas e ações de saúde de forma que contribua para a melhoria do SUS e das condições de vida da população.

Sabia-se de antemão, no caso da Rede PDTSP-Teias, que o sucesso na constituição das redes não garantiria a integração dos projetos de pesquisa com o serviço ou que os resultados fossem realmente transformadores do SUS. A interface entre serviço e academia ainda não é frequente no Brasil. Isso se dá não só pela herança cultural de nossa sociedade, mas também por problemas estruturais dos centros de pesquisas e dos centros de serviços. Por exemplo, *(i)* formação insuficiente de grande parte das pessoas que trabalham no serviço, *(ii)* raras experiências de carreira de gestão do SUS que permitem continuidade do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores do SUS, *(iii)* interface com o serviço desde o desenho do projeto de pesquisas

a aplicação — cultura pouco desenvolvida na academia e nem no serviço e (*iv*) acesso às instituições de serviço, às instituições de gestão e de serviço do SUS. Essas dificuldades se mostraram claramente durante o desenvolvimento da Rede PDTSP-Teias, ainda que este serviço estivesse inserido em uma instituição de pesquisa.

Uma das questões identificadas no processo da avaliação da Rede foi a lacuna entre o produto elaborado pelos grupos de pesquisa e o conceito de produto inovador utilizado pelo PDTSP em documentos formais. Estes não foram suficientes para difundir a cultura do que exatamente se espera de um produto de pesquisa, tampouco para fortalecer a compreensão do que é inovação em Saúde Pública.

De acordo com a avaliação da Rede, os conceitos de inovação são tradicionalmente referenciados pelo Manual de Oslo, que introduz o conceito de “atividades inovativas”, as quais compreendem todos os passos científicos, tecnológicos, organizacionais, financeiros e comerciais, incluído o investimento em novos conhecimentos que, efetiva ou potencialmente, levem à introdução de produtos ou processos tecnologicamente novos ou substancialmente aprimorados (OCDE, 1997).

Um dos aprendizados oriundos do processo de avaliação da gestão da rede é o entendimento que as atividades inovativas têm maior proximidade com o campo das políticas públicas e dos modelos de atenção à saúde do que “inovação de produto”, uma vez que consiste em modificações nos atributos do produto, com mudança na forma como ele é percebido pelos consumidores (Manual de Oslo, 2002). Esse aprendizado permitiu avançar na discussão com a comunidade científica sobre a terminologia “atividades inovativas” com intuito de fortalecer o vocabulário no campo da saúde pública para potencializar o alcance dos resultados dos projetos de pesquisa.

Um dos aprendizados que podemos destacar é a necessidade de discussão da terminologia *atividades inovativas* no campo da saúde pública para potencializar o alcance dos resultados dos projetos de pesquisa.

Considerações

Algumas recomendações podem ser extraídas dessa experiência. Uma delas é a necessidade da gestão da rede de pesquisa, de produzir processos de trabalho que viabilizem a tradução dos conhecimentos produzidos para o produto que será aplicado, de forma institucionalizada. Ou seja, a tradução deverá ser feita por um grupo de trabalho especializado e de forma conjunta com os pesquisadores desde o início do projeto, bem como o acompanhamento do desenvolvimento da pesquisa até seu momento de finalização e aplicação ou intervenção. A experiência da Rede PDTSP-Teias demonstra que poucos pesquisadores conseguiram efetivar essa articulação por si mesmos.

Portanto, para esse diálogo entre academia e serviço/gestão não bastam apenas recursos humanos especializados, mas requer a institucionalização dessa atividade na academia. Esse tipo de atividade já existe no Canadá e em Portugal, países que entenderam a importância do processo tradução do conhecimento à sociedade. É preciso criar essa atividade oficialmente na instituição de pesquisa de modo que proporcione ao pesquisador ferramentas de trabalho para o avanço necessário a fim de que os resultados obtidos na geração de conhecimento sejam traduzidos à sociedade e proporcionem melhoria da saúde da população. Que passos mais é preciso dar e que passos precisam mudar? Com quais pessoas é preciso articular? Por mais qualificado e articulado que seja o pesquisador com o serviço, uma interface consistente com o serviço ou com a gestão do sistema de saúde dificilmente se dá somente com apoio da equipe do pesquisador.

A compreensão da necessidade desta figura que faz o elo é de fundamental importância para a cadeia de produção e utilização do conhecimento científico. A introdução dessa figura produz uma nova cultura institucional na qual há necessidade de as instituições acadêmicas investir. Destaca-se que esse investimento é composto muito mais de conhecimento dos recursos humanos que financeiro, uma vez que resulta do conhecimento

gerado no cotidiano do desenvolvimento das pesquisas e das relações humanas entre todos os atores envolvidos na pesquisa.

Por fim, outro ponto que deve ser assinalado é que este tipo de produtividade na academia não é a tradicionalmente reconhecida como geradora de publicações em revistas importantes e pontuadas. Nesse sentido, a forma de mensuração da produtividade científica tem grande interface com a discussão aqui presente, sobre como e para quê são fomentadas as pesquisas que não se destinam exclusivamente para geração de conhecimento e para as publicações de impacto científico.

Embora o PDTSP tenha avançado no incentivo à geração de pesquisa que produza resultados concretos com base em necessidades e prioridades sanitárias, ainda são necessários ajustes para que as diretrizes estejam cada vez mais presentes no espírito de todos os pesquisadores. Estamos falando de diretrizes que orientem e induzam a pesquisa intervencional, a pesquisa que gera desenvolvimento tecnológico no campo das políticas públicas e dos modelos de atenção à saúde e de gestão do sistema e dos serviços de saúde. Para isso, propomos que um novo edital, ou chamada, deverá ser: claramente indutor, politicamente orientado, com forte componente técnico-científico, voltado ao componente de inovação nas soluções tecnológicas para os problemas dos quais se espera contribuição real e que o tempo de pesquisa alcance até o momento de uso dos resultados pelo público-alvo da pesquisa.

A Rede se constituiu como um produto de grande desafio institucional por incentivar, por um lado, a participação dos gestores e trabalhadores do SUS sobre a definição e adequação dos produtos a serem desenvolvidos pelas pesquisas, para poderem ser incorporados pelos serviços de saúde e, por outro lado, a sensibilização tanto dos gestores para demandar, participar e interferir nos produtos gerados pela academia, quanto dos pesquisadores em adequar os seus produtos à realidade dos serviços. Essas são questões que se buscou enfrentar durante toda a experiência dessa Rede, mas que mostram ainda haver muito caminho a trilhar para que de fato os processos e resultados de pesquisas possam produzir uma melhoria concreta das ações e serviços do SUS.

Anexos

Quadro 1. Relação de Cartas de Interesse com propostas de Trabalho para a Rede PDTSP-Teias, agosto de 2010

Título da Carta de Interesse	Unidade da coordenação do projeto
Redes de apoio social no cotidiano de trabalho da equipe de Saúde da Família e dos Agentes de Vigilância em Saúde	EPSJV/Lab. de Educ. Profis. em Vigilância em Saúde
Assistência domiciliar interdisciplinar pediátrica para portadores de necessidades especiais e de dependência tecnológicas	IFF/Prog. de Assist. Dom. Interdisc., Dep. de Pediatria
A construção do cuidado em saúde mental na gestão em redes: o processo de trabalho no projeto Teias-Manguinhos	Ensp/Laps
Internet & Saúde: um novo desafio para a Rede PDTSP-Teias	Ensp/Centro de Saúde Escola Germano Sinal Faria
Mapeando as necessidades de atenção domiciliar ao idoso no Teias-Manguinhos e Teias-AP4	CFMA/CFMA/CSEGSF/ EPSJV e IFF/UFRJ
Capacitação comunitária para a prevenção da tuberculose e parasitose através da educação popular participativa em saúde, em comunidade de baixa renda do entorno do <i>campus</i> da Fiocruz, Manguinhos-RJ	IOC/Lab. de Ecoepidemiol. e Controle da Esquistoss. e Geohelminthoses
Pesquisa em seres humanos: Esclarecimentos das populações-Alvo da Rede PDTSP-Teias	Ipec/Lab. de Pesquisa Clínica em DST e aids
Cuidados integrais em saúde sexual e reprodutiva nos Territórios de Atenção integrada à Saúde	IFF/Departamento de Ensino
Desenvolvimento Sustentável e Promoção da Saúde: Implantação da Agenda Cidades Saudáveis integrada à Agenda 21 nas Comunidades Tradicionais de Áreas Protegidas do Mosaico da Bocaina utilizando uma Abordagem Ecosistêmica em Saúde	Presidência/Diretoria Regional de Brasília
Vínculo longitudinal na atenção primária: avaliando a estratégia saúde da família no Território de Manguinhos	EPSJV/Lab. de Educ. Profis. em Infor. e Registros em Saúde
Satisfação dos usuários, estratégia para a avaliação em saúde	Ensp/Centro de Saúde Escola Germano Sinal Faria
Produção, circulação e apropriação de conhecimento para a promoção da saúde e a justiça ambiental	Cesteh/Lab. Territorial de Manguinhos
Atenção Integral às Urgências	Ensp/Daps
Educação, Cultura e Cidadania – territorializando a proposta da politécnica nas comunidades circunvizinhas aos <i>campi</i> Manguinhos e Mata Atlântica	EPSJV/Lab. de Educ. Profis. em Vigilância em Saúde
Implantação da estratégia AIDPI para agentes comunitários de saúde da Clínica da Família Victor Valla-Manguinhos	Ensp/Clínica Victor Valla
Estudo da dinâmica de circulação de dengue e influenza e os padrões de adoecimento na população da área do Teias de Manguinhos, propondo metodologia de vigilância em saúde integrando a ESF e o controle de endemias	Ipec/Lab. de Doenças Febris Agudas
Integração da Rede Assistencial	Ensp/Nupes/Dasp/Ensp
Promoção da Saúde à Infância e Adolescência com Doença Crônica e/ou com Deficiência: uma cartografia dos sujeitos e ações envolvidos para construção de uma interlocução entre a atenção básica e a atenção terciária de média e alta complexidade	IFF/Dep. de Pediatria – Programa Saúde & Brincar

segue

Título da Carta de Interesse	Unidade da coordenação do projeto
Territorialização em Saúde e Educação	EPSJV/Lab. de Educ. Profis. em Vigilância em Saúde
Territórios integrado do SUS no complexo de Manguinhos: formando agentes dinamizadores para a vigilância em saúde e a atenção básica	EPSJV/Lab. de Educ. Profis. em Vigilância em Saúde
Inovações dos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família do Teias-Escola Manguinhos	Ensp/Teias-Escola/CSEGSF/Ensp
Heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento de Manguinhos	Ensp/CSEGSF
Formação de uma Coorte de Recém-Natos em Manguinhos	Ipec/Lab. de Doenças Febris Agudas
Territorialidades e redes nos territórios de Manguinhos como elementos para a produção de espaços saudáveis	EPSJV/Lab. de Edu. Prof. em Vigilância em Saúde
Cooperação Social para a Gestão Democrática e Participativa no território integrado de atenção à Saúde	Ensp/Dep. de Saneamento e Saúde Ambiental
Avaliação de Ações Intersetoriais em Saúde	Ensp/Dep. de Ciências Sociais
Construção do “Guia de Reflexão sobre o trabalho em rede, a partir da análise das redes sociais de Manguinhos”	Ensp/Dep. de Ciências Sociais
O risco da habitação urbana para a saúde e da vulnerabilidade socio-demográfica nas perspectivas da saúde comunitária e da família incorporado ao Território Integrado de Atenção a Saúde no Complexo de Manguinhos, Município do Rio de Janeiro	Ensp/Dep. de Saneamento e Saúde Ambiental
Sensibilização de profissionais de saúde e agentes comunitários sobre o tema violência e saúde	Claves/Ensp
Ciência, Saúde e desenvolvimento local – estratégias de promoção da saúde com ciência e arte potencializando tecnologias sociais aplicadas a diferentes territórios abordados na missão da Fiocruz	IOC/Lab. de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutores (Liteb)
História das comunidades de Manguinhos	COC/Departamento de Pesquisa
Qualificação para a Gestão participativa: estratégias de integração para as ações de intervenção no âmbito do Teias-Manguinhos	EPSJV/LabGestão
A área programática AP 3.3, as indústrias de amianto, a saúde dos trabalhadores, da população e o meio ambiente	Ensp/Cesteh
Assistência Farmacêutica no Teias	Ensp/Núcleo de Assistência Farmacêutica

Quadro 2. Relação dos Coordenadores, Grupos e Propostas de Trabalho em desenvolvimento na Rede PDTSP-Teias, agosto de 2012

Título do Projeto (enviado em dezembro de 2010)	Coordenador da Pesquisa	Unidade de vínculo do coordenador
Inquérito Condições de Vida e Saúde e Uso de Serviços de Saúde no Território do Teias-Escola Manguinhos	Marília Sá de Carvalho	Procc
Internet & Saúde: Um novo desafio para a Rede PDTSP-Teias	André de Faria Pereira Neto	Ensp/CSEGSF
Teias Escola-Manguinhos, desenvolvimento de um espaço de intervenção e integração de iniciativas de inovação das práticas: do cuidado, da gestão participativa, do ensino e da pesquisa em saúde	Antonio Henrique A. de Moraes Neto	IOC/Iteb
Enfoque Ecológico em Saúde – Teias-Manguinhos	Carlos Machado Freitas	Ensp
Cuidados integrais em saúde sexual e reprodutiva nos Territórios de Atenção Integrada à Saúde	Claudia Bonan Janotti e Katia Silveira	IFF/Departamento de Ensino
Produção, circulação e apropriação de conhecimento para a promoção da saúde e a justiça ambiental	Fatima Pivetta	ENSP/Cesteh/LTM
Promoção da Saúde à Infância e Adolescência com Doença Crônica e/ou com Deficiência: uma cartografia dos sujeitos e ações envolvidos para construção de uma interlocução entre a atenção básica e a atenção terciária de média e alta complexidade	Martha Cristina Nunes Moreira	IFF/Departamento de Pediatria
Tecendo Redes por um Planeta Terra Saudável – Polo Manguinhos	Maria das Mercês Navarro	COC/Museu da Vida
Participação e intersectorialidade: desenvolvimento de estratégias locais para a promoção da saúde no Teias-Escola Manguinhos	Paulo Bruno	Ensp/DSSA
Ciência, Saúde e desenvolvimento local – estratégias de promoção da saúde com ciência e arte potencializando tecnologias sociais aplicadas a diferentes territórios abordados na missão da Fiocruz	Tania C. de Araújo-Jorge	IOC/Liteb
Tecendo considerações a respeito do morar e da moradia em Manguinhos – a arte e a história da (re)invenção do espaço urbano	Tania Maria Dias Fernandes	COC / Departamento de Pesquisa
Qualificação para Gestão Participativa no SUS	Valéria Cristina Gomes de Castro	EPSJV/LabGestão
Modelo de serviços farmacêuticos aos pacientes portadores de <i>diabetes mellitus</i> : dispensação e seguimento farmacoterapêutico	Vera Lúcia Luiza	Ensp/NAF
Participação e Intersectorialidade: desenvolvimento de estratégias locais para a Promoção da Saúde no Teias-Escola Manguinhos	Mayalu Matos	Ensp/ACS

Quadro 3. Relação dos produtos da Rede PDTSP-Teias acordados entre a coordenação da Rede e os grupos de pesquisa, dezembro de 2012

Título da Pesquisa	Coordenador da Proposta e do coordenador	Produtos
Inquérito Condições de Vida e Saúde e Uso de Serviços de Saúde no território do Teias-Escola Manguinhos	Marília Sá de Carvalho	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário elaborado a partir das grandes pesquisas nacionais já existentes, e validada com moradores de território vulnerável; • Modelo de treinamento de entrevistadores em territórios vulneráveis; • Registro das estórias das pesquisas de campo, erros, acertos • Contribuições da Pesquisa ao aprimoramento do modelo de seleção de ACS para Teias/Redes de APS; • Informações sobre condições e de vida e acesso a saúde; • Desenvolvimento, aplicação e avaliação da Pesquisa Saúde Manguinhos; • Mapeamento das comunidades de Manguinhos; • Estruturação um Sistema de Informação Geográfica com as informações da Pesquisa Saúde Manguinhos; • Mapas mais precisos e atualizados da área e com apoio dos entrevistadores de campo.
Cuidados integrais em saúde sexual e reprodutiva nos Territórios de Atenção integrada à Saúde	Claudia Bonan Janotti e Katia Silveira	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia de construção dos indicadores de avaliação sexual reprodutiva em conjunto com os trabalhadores do Teias-Escola Manguinhos; • Matriz de avaliação da atenção à saúde sexual e reprodutiva realizada pelo Teias-Escola Manguinhos.
Promoção da Saúde à Infância e Adolescência com Doença Crônica e/ou Deficiência: uma cartografia dos sujeitos e ações envolvidos para construção de uma interlocução entre a atenção básica e a atenção terciária de média e alta complexidade	Martha Cristina Nunes Moreira	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico das crianças e adolescentes que estão vivendo em condições crônicas de saúde no território de Manguinhos; • Avaliação do processo de trabalho dos agentes de saúde (ACS e profissionais das equipes) sobre o trabalho com as crianças e adolescentes com condições crônicas e suas famílias (dificuldades, demandas, ações realizadas, entendimentos sobre suas formas de comunicação e expressão); • Elaboração de um Modelo de Atenção a Condição Crônica de Crianças e Adolescentes.
Modelo de serviços farmacêuticos aos pacientes portadores de <i>Diabetes mellitus</i> : dispensação e seguimento farmacoterapêutico	Vera Lúcia Luiza	<ul style="list-style-type: none"> • Metodologia de construção de um modelo para os serviços farmacêuticos para portadores de <i>Diabetes mellitus</i>; • Construção de indicadores de avaliação do modelo de serviços farmacêuticos existente no Teias-Escola Manguinhos.
Contribuições para um diagnóstico socioambiental em Manguinhos	Paulo Bruno, Ensp	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuições para um diagnóstico socioambiental em Manguinhos; • Resultado e registro das estórias de campo e adaptação metodológica; • Mapas com informações ambientais.
Internet & Saúde: Um novo desafio para a Rede PDTSP-Teias	André de Faria Pereira Neto	(Links validados de sites com informações sobre saúde).

Título da Pesquisa	Coordenador da Proposta e do coordenador	Produtos
Teias-Escola Manguinhos, desenvolvimento de um espaço de intervenção e integração de iniciativas de inovação das práticas: do cuidado, da gestão participativa, do ensino e da pesquisa em saúde.	Antonio Henrique A. de Moraes Neto	<ul style="list-style-type: none"> • Curso com temas de saúde para a comunidade de Manguinhos; • Manual orientador sobre como montar um Curso com temas de saúde para população moradora de território vulnerável.
Qualificação para Gestão Participativa no SUS	Valéria C. G. de Castro	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de qualificação de conselheiros de saúde; • Manual orientador sobre como montar um curso de qualificação de conselheiros de saúde em território vulnerável.
Produção, circulação e apropriação de conhecimento para a promoção da saúde e a justiça ambiental	Fatima Pivetta	Maleta de ferramentas para serem usadas na comunidade em fóruns de participação social, escolas, gestores, etc.
Tecendo Redes por um Planeta Terra Saudável – Polo Manguinhos	Maria das Mercês Navarro	Protótipo de jogo educativo com a temática da Rede PDTSP-Teias.
Ciência, Saúde e desenvolvimento. Local: estrat. de promoção da saúde com ciência e arte potencializando tecnologias sociais aplicadas a diferentes territórios abordados na missão da Fiocruz	Tania C. de Araújo-Jorge	Metodologia da Dialogia do Riso aprimorada para ser aplicada em Manguinhos.
Tecendo considerações a respeito do morar e da moradia em Manguinhos – a arte e a história da (re)invenção do espaço urbano	Tania Maria Dias Fernandes	<p>Proposta de construção de cliques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • um abordando questões teóricas sobre história e história oral, direcionado aos técnicos da Atenção Básica; • outro aplicando as questões teóricas na análise de uma das temáticas em debate no projeto sobre o morar em Manguinhos.
Participação e Intersetorialidade: desenvolvimento de estratégias locais para a Promoção da Saúde no Teias-Escola Manguinhos	Mayalu Matos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do comitê gestor intersetorial e das demais instâncias participativas no território; • Sistematização do processo de articulação dos atores em diferentes fóruns para fortalecimento Participação Social • Manual de Orientação aos gestores para desenvolvimento de Modelo de Governança, entendido como uma Tecnologia Social de Saúde
Enfoque Ecológico em Saúde – Teias-Manguinhos	Carlos Machado Freitas	Sistematização das informações científicas das pesquisas desenvolvidas na Rede PDTSP-Teias, de forma sintetizada e com uma linguagem acessível aos diferentes grupos populacionais, principalmente os atores locais de Manguinhos, com base na metodologia da Abordagem Ecológica em Saúde

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 7.508 de 28 de junho de 2011.
- . Contrato de Gestão n.º 02/2009, de 1.º de dezembro de 2009.
- . Contrato que entre si celebram o município do Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil (SMSDC) e Fiotec (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde), com vistas à regulamentação do desenvolvimento das ações e serviços de saúde no âmbito do território integral de atenção a saúde (Teias) de Manguinhos. Disponível em <http://200.41.78.79/dlstatic/10112/1227052/DLFE-227316.pdf/FIOTEC_0900499209.pdf>.
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Informe 03 jan 2011. *Teias-Escola Manguinhos busca mais qualidade em 2011*. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?origem=8&matid=23989>>, acesso em 3-2-2011.
- Magalhães, R. & Bodstein, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2009.
- Manual de Oslo*, versão 2002.
- Mendes, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.
- . (coord.). Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Opas; Ministério da Saúde; Conass; Conasems. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
- Morel, C. M.; Serruya, S. J.; Penna, G. O. & Guimarães, R. Co-authorship network analysis: a powerful tool for strategic planning of research, development and capacity building programs on neglected diseases, 2009.
- OCDE/EC/Eurostat *Oslo Manual / La mesure des activités scientifiques et technologiques – Principes directeurs proposés*. 2.ª ed., 1997.
- Organização das Nações Unidas. *Relatório do Desenvolvimento Humano (IDH)*, 2010.
- Potvin, L.; Gendron, S.; Bilodeau, A. & Chabot, P. Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health*, vol. 95, n.º 4, pp. 591-5, abr. 2005. doi: 10.2105/AJPH.2004.048017.
- Schincariol, I. Saúde em construção. Iniciativa Teias leva atenção integrada e inovação para Manguinhos. *Revista de Manguinhos*, pp. 32-3, 2010.

CAPÍTULO 2 A FORMAÇÃO DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

MAYALU MATOS
ROSANE MARQUES DE SOUZA

o0o

A TRAJETÓRIA DE MOVIMENTOS COMUNITÁRIOS em prol da saúde pública é marcada por demandas de acesso aos equipamentos e de melhoria da qualidade de prestação do serviço público. Um dos instrumentos de participação desenvolvidos a partir desse processo é a instituição de conselhos gestores com participação paritária da população. De forma geral, os conselhos institucionalizados estão relacionados aos equipamentos de saúde, ou então a grandes áreas de abrangência territorial, como municípios ou distritos de saúde, que abarcam diversos bairros. Uma das inovações propostas pelo Teias-Escola Manguinhos foi a proposição de um conselho local, com referência à área da Estratégia de Saúde da Família. A ideia é que, devido à área de abrangência menor, esse conselho poderia estar mais próximo dos interesses da população local, funcionando como instância coletiva de reivindicação de direitos sociais, para além da saúde.

A participação social é um conceito do campo da Sociologia, um princípio democrático que varia conforme os tipos de sociedade em dado modelo político ou econômico. No Brasil é uma das diretrizes fundamentais do movimento da Reforma Sanitária, que fixou suas bases na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas da saúde. Além disso, esse princípio também baliza

alguns documentos fundamentais do Ministério da Saúde, como os Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão (2006), a Política Participa SUS (2007), e mais recentemente, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (2012).

A perspectiva da participação social traz a ideia de que os conselhos gestores de políticas públicas devem assegurar a presença de diversos segmentos sociais em sua composição, sendo que os representantes da população devem ter paridade com gestores e trabalhadores. Esse espaço deve funcionar como parceiro na deliberação da política de saúde, trazendo a voz e os anseios dos usuários do Sistema.

Este texto analisa o processo de implementação da gestão participativa no Teias-Escola Manguinhos com a construção de um Conselho Local de Saúde, denominado Conselho Gestor Intersetorial (CGI)¹ mediante o desenvolvimento da tecnologia social Governança do Território Saudável em Manguinhos,² região que vem recebendo aportes significativos de políticas públicas desde o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), em 2007.

No âmbito deste programa, a partir de 2010, ocorre a expansão da Estratégia de Saúde da Família, que possibilitou o avanço da cobertura para os atuais 100% do território. Nesse processo, nosso interesse foi ampliar a cooperação da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) com a sociedade civil, setores do poder público e níveis de governo, para o desenvolvimento de uma experiência de territorialização da política de saúde, cujo foco foi fortalecer a participação social em saúde.

Na primeira parte do texto buscamos descrever o desenvolvimento da tecnologia social em saúde “governança do terri-

1 Esse Conselho teve como proposta ter uma base territorial, relacionada à área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família. Dessa forma sua atuação estaria para além dos equipamentos de saúde do território, mas pensaria a saúde do território como um todo, incluindo as áreas de Educação e Assistência Social, a fim de articular uma atuação intersetorial em prol da Promoção da Saúde no bairro.

2 Esse trabalho foi desenvolvido no âmbito do projeto Participação e Intersetorialidade: desenvolvimento de estratégias locais para a Promoção da Saúde no Teias-Escola Manguinhos. Fizeram parte da equipe do projeto as seguintes profissionais: Mayalu Matos (psicóloga sanitária), Rosane Marques (psicóloga sanitária), Sandra Martins (jornalista), Ariana Kelly (assistente social) e Vanessa Patrocínio (economista doméstica).

tório saudável” como caminho para a territorialização da política de gestão participativa em saúde. Na segunda parte buscamos delinear o desenho e as primeiras experiências do conselho local. Por fim, apresentamos as considerações finais dessa experiência e orientações para outras experiências em Redes de Atenção à Saúde ou Territórios Integrados de Atenção à Saúde.

Governança do território como tecnologia social

A proposta de construção de mecanismos e espaços de participação social no âmbito do Teias-Escola Manguinhos abriu a perspectiva de produção e desenvolvimento de novas tecnologias sociais, tendo em vista a ampliação e o fortalecimento da gestão participativa no território.

A principal referência para tecnologia social que utilizamos é a proposta pelo Instituto de Tecnologia Social (2004) e incorporada pelo Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação, que a define como “produtos, técnicas e/ou metodologias reaplicáveis, desenvolvidas na interação com a comunidade e que representem efetivas soluções de transformação social”.

A tecnologia social desenvolvida neste trabalho foi baseada em um dos princípios da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, a *participação social* (Brasil/MS, 2009). Acreditamos que esse princípio é uma base fundamental para lidar com a implementação e o desenvolvimento da política de saúde com base territorial, norteando as intervenções locais e a produção de conhecimento sobre o tema. Apostamos que a utilização desse princípio como base pode fazer uma grande diferença na gestão local de uma política, programa ou projeto. A gestão de projetos baseados em princípios e valores é identificada como tecnologia social geradora de enormes benefícios aos programas de governo analisados (Prates, 2002).

Essa tecnologia social segue a definição de governança do Instituto de Governança de Ottawa (OIG, 2007), que a define como “processo no qual os atores envolvidos articulam seus

interesses, têm suas colocações incorporadas, tomam e implementam decisões e são por eles responsabilizados”. A proposta é promover cooperação, de forma democrática, na qual o “cidadão gestor, ativo, empoderado e capacitado” é o protagonista para se alcançar o desenvolvimento (Busatto, 2005) da política de saúde no território. É importante frisar que a proposta vai além de apenas atender às demandas da administração pública, o que se almeja é investir no capital social local, buscando qualificar e empoderar a população para a participação social em políticas públicas.

Trata-se de uma metodologia constituída de ação educativa, o que nesse caso ocorreu por meio da realização de estratégias participativas, sistematizadas sob a forma de um modelo de governança do território, cujo desenvolvimento se deu no âmbito das tecnologias sociais.

Segue abaixo o modelo de governança do território em saúde, desenvolvido com base em três eixos integrados: 1) articulação intersetorial dos atores sociais, 2) processos educativos horizontalizados, 3) tecnologias de informação e comunicação para a participação social.

EIXO 1 — ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL DOS ATORES SOCIAIS

A intersetorialidade, nesse caso, é entendida como cooperação da Ensp com a sociedade civil e diversos setores do poder público e níveis de governo, para o desenvolvimento de experiências indutoras de políticas públicas territorializadas e redutoras de iniquidades. Nesse sentido a estratégia de articulação intersetorial desenvolvida foi a criação de espaços/tempo de encontro e/ou o envolvimento e inserção da equipe de trabalho em instâncias, encontros e eventos organizados pelo poder público, sociedade civil ou ambos, com o objetivo de fomentar a articulação de atores sociais para discutir a constituição de um conselho local.

O trabalho teve início com o diagnóstico social do território em questão, a partir de um diagnóstico já realizado (Bodstein, 2010) pela Fiocruz. Em seguida, analisamos as relações de poder

entre tais atores, para melhor visualizar as redes sociais locais, a fim de pensarmos em estratégias de integração em torno de instâncias coletivas. O trabalho foi realizado nas três instâncias coletivas abaixo:

Fórum do Movimento Social de Manguinhos. Criado em 2007, espaço de debates e formação política dos atores sociais do território, foi importante aliado na proposição dos primeiros debates acerca da proposta da construção de um Conselho Local de Saúde,³ com a presença da gestão do Teias-Escola Manguinhos. Em outros territórios, é importante identificar se existe algum espaço reconhecido pela população, que promova debates, para que ele potencialize as propostas a serem discutidas.

Conselho Gestor do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, reativado no início de 2011, contou com o apoio técnico da Cooperação Social da Ensp para sua constituição, no segmento de usuários. Após reuniões de organização, decidiu-se que a eleição para representantes da população aconteceria no Fórum de Manguinhos. É importante salientar que os debates para a constituição desse Conselho surgiram ao mesmo tempo que as discussões acerca da construção do Conselho Local. Assim, ambos os processos potencializaram a discussão da questão da saúde no território, sendo um fator positivo para o fortalecimento da participação social no território.

Conselho Comunitário de Manguinhos (CCM), criado em 2011, no âmbito da implementação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), tinha como objetivo contribuir para o desenvolvimento sustentável das comunidades de Manguinhos. A proposta logística do CCM propôs o seguinte desenho: Reuniões abertas; Grupos de Trabalho (GTs); Reuniões dos Coordenadores dos GTs e Assembleias, com foco na ampliação da participação das pessoas no CCM. A proposta era que os moradores se reunissem em GTs e deliberassem coletivamente prioridades

3 A proposta foi fruto de um grupo de trabalho desenvolvido pelo Teias-Escola Manguinhos, que teve participação de diversos atores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da comunidade.

de cada área, que seriam apresentadas nas reuniões gerais do CCM; após a aprovação na plenária, seriam consideradas prioridades do CCM, e impulsionadas prioritariamente pelo GT em questão.

A partir do CCM veio a proposta da *Rede Manguinhos Sustentável (RMS)*, articulação de instituições presentes em Manguinhos ou no seu entorno, e que poderiam apoiar o desenvolvimento do bairro como um todo. Além dessas, foram convidadas a fazer parte dessa Rede algumas instâncias governamentais ligadas ao processo de desenvolvimento de Manguinhos, como Casa Civil do estado e município.

Os espaços listados acima foram reconhecidos como fundamentais para contribuir com a governança do território. A experiência mostrou que a existência de diversos espaços de discussão em um mesmo território não criou uma dispersão, ao contrário, potencializou o protagonismo comunitário, após a entrada de novos atores sociais nos debates de temas relacionados ao bairro.

Levando em consideração que uma das principais queixas dos moradores, para a ampliação da participação social, era a dificuldade de horário para frequentar os grupos, o fato de existirem diversos espaços, atuando em horários diferentes, acabou por possibilitar a mobilização de novas pessoas para o processo.

Não obstante, foi fundamental promover articulação entre esses espaços, a fim de que houvesse fortalecimento das lutas coletivas, com aglutinação de pontos de interesse comum para criar estratégias conjuntas de ação, fundamentais para fortalecer a participação social como um todo e a efetividade das propostas.

EIXO 2 — PROCESSOS EDUCATIVOS HORIZONTALIZADOS

Esses processos têm como base a educação popular em saúde (EPS), através da proposta de construção compartilhada do conhecimento,⁴ metodologia que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos como base para construção de processos de educação e saúde. O foco desse processo é a conquista, pelos

4 Carvalho et al. 2001, pp. 101-4.

grupos populares, de maior poder de intervenção nas relações sociais, que possam influenciar a sua qualidade de vida.

Nessa perspectiva, o eixo processos educativos horizontalizados contribuiu para a formação e capacitação dialética dos atores coletivos, por meio de cursos, encontros, rodas de conversa e grupos de trabalho. Contribuiu também para ampliar e fortalecer as redes sociais do território, estimulando a participação popular em Conferências, Comitês, Conselhos e Colegiados de Políticas Públicas.

Esse eixo portanto, diz respeito ao fomento de práticas educativas e culturais, com o objetivo de sensibilizar os atores sociais em torno da temática da saúde pública e promoção da saúde. Dentre as práticas merecem destaque:

Os cursos, modalidade livre, que visavam à discussão sobre gestão social das políticas públicas de saúde. A proposta foi a realização de encontros que estimulassem o interesse da população pelo seu território e as políticas públicas existentes nele, com foco na saúde. Esses processos foram voltados para a população local, abarcando principalmente três tipos de participantes: pessoas que queriam conhecer a temática; pessoas já engajadas socialmente, com potencial para participação nos conselhos de políticas públicas (como visto na experiência local); pessoas já inseridas em espaços de participação social.

Já os encontros temáticos visavam discussões específicas demandadas pelos atores sociais locais. Além desse público preferencial envolviam também pesquisadores e trabalhadores da Fiocruz e trabalhadores e gestores da saúde.

Entre os encontros temáticos realizados, merece destaque o seminário “Governança em Manguinhos: Redes e Intersetorialidade”, proposto pela nossa equipe, que teve como objetivo expor e fortalecer as experiências de redes sociais no território.

O Comitê de Mobilização para constituição do CGI-Teias foi um espaço-chave para esse processo, criado para estimular a participação da população no encaminhamento do processo de constituição do Conselho. Ele se caracterizou por ser um espaço de articulação, formação e encaminhamentos sobre a proposta do CGI.

Foram diversas reuniões entre abril e junho de 2011, entre encontros gerais e com públicos específicos. A ideia foi aglutinar os atores sociais do território em torno da proposta dos segmentos do Conselho, fomentando cada participante do comitê a ser um multiplicador, colaborando para mobilizar a população do local.

Entre as atividades educativas realizadas destacam-se as rodas de conversa, geradoras de reflexão sobre questões relativas às experiências com os serviços de saúde. E também o uso de vídeos sobre gestão participativa, com a participação de figuras locais e informes do território.

Como desdobramento desse processo passamos a realizar rodas de conversa com grupos relacionados aos segmentos cidadãos-usuários do CGI-Teias, o que trouxe mobilização tanto de candidatos quanto de eleitores para o processo eleitoral.

Foi também realizada uma Conferência de Saúde Local em Manguinhos. A conferência de saúde já é um mecanismo conhecido de controle social, porém, em Manguinhos, ela foi concebida como “livre”, ou seja, fora do regimento oficial das conferências, com método mais próximo da realidade local. Nesta modalidade, não houve eleição de delegados, por isso não houve concorrência com as conferências do calendário oficial. Ao contrário, essa modalidade fortaleceu a participação de novos e antigos atores sociais no processo conferencial, ao trazer a realidade local para o debate.

A Conferência Local de Saúde de Manguinhos teve como tema norteador a discussão do processo de constituição do CGI. Foi uma estratégia de desenvolvimento de um olhar coletivo sobre o território, tendo em vista a articulação da população com os gestores e trabalhadores do serviço, buscando aproximar os interesses e definir estratégias conjuntas de ação.

Essa Conferência gerou um relatório com 81 propostas para a gestão do Teias e moção de reivindicação para a instalação de mais uma clínica de saúde da família no território e também a instalação de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD), ambos previstos no projeto inicial do PAC Manguinhos. Os documentos foram entregues à gestão do Teias, à presidente do conselho distrital de saúde e ao gestor da Área

Programática de Saúde 3.1. Além disso a proposta de realização de novas conferências locais foi incorporada como capítulo específico do Regimento Interno do CGI-Teias;

EIXO 3 — TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O uso de tecnologias de informação, e principalmente de comunicação, vai ao encontro das preocupações da Fiocruz no tocante aos *processos de comunicação, divulgação e informação para o fortalecimento e a consolidação do SUS, com foco na democratização da informação para o controle social* (CCS/Fiocruz, 2012). As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), são ferramentas importantes para se trabalhar os princípios da transparência em políticas públicas e fomento ao controle social.

Nesse sentido foram construídas estratégias comunicacionais que resultaram em dois produtos principais: 1) Produção participativa de duas edições do Informativo *Comunidade na Saúde* (impresso e eletrônico) com sugestões dos conselheiros locais de saúde; 2) produção do *blog* Participação Cidadã que, além de funcionar como plataforma das ações de comunicação na *web* (redes sociais de internet), tinha como objetivo articular e incentivar uma agenda de participação social do território e do CGI, através da veiculação de notícias locais.

Além disso a articulação com outras mídias institucionais da Fiocruz também foi uma estratégia fundamental para aumentar a visibilidade desse trabalho internamente. Também vale a pena mencionar a cooperação técnica com a gestão da área de comunicação do Teias-Escola Manguinhos, para estruturação do portal institucional com uma área exclusiva para a gestão participativa.

Mediante esse processo de trabalho pudemos observar uma qualificação de processos de participação social da população local para a gestão participativa da política pública de saúde no território de Manguinhos. Assim, sistematizamos a tecnologia social em saúde “Governança do Território Saudável”.

Como pontos a serem destacados como resultados do processo, vale lembrar a integração entre a população, trabalhadores

e gestores, o que contribuiu para a construção do Conselho Gestor Intersetorial do Teias.

É importante também apontar o processo de articulação das pautas entre os espaços coletivos de Manguinhos, cujo debate sobre saúde entrou em todas as agendas destas instâncias organizativas, a exemplo da luta política pela instalação do Caps AD no território.

Além disso, a realização de ações coletivas com (e não para) os atores sociais do território também contribuiu para o mapeamento e integração dos moradores (Caminho da PAZ, em maio de 2012, Olimpíada Cultural, em junho de 2012 e Semana de C&T, em outubro de 2012).

Conselho Local de Saúde

Uma das características inovadoras desse Conselho é a proposta da intersetorialidade, no sentido de que fazem parte da sua composição, como representantes da área de gestão e também dos trabalhadores, três áreas de governo fundamentais para a promoção da saúde: educação, assistência social e saúde.⁵

O processo eleitoral para a constituição do CGI, desde o momento da abertura de inscrições dos candidatos a representantes da população, foi fortalecido a partir do processo descrito acima. No dia da eleição houve a participação de mais de duzentos moradores, o que consideramos um ganho do processo de mobilização. Em relação aos representantes dos gestores, o processo foi de indicação e em relação aos representantes dos trabalhadores, foram realizadas assembleias nas clínicas de saúde. Para as áreas de Assistência Social e Educação os representantes foram indicados pelos gestores de cada área.

Sua composição é intersetorial na participação de representantes (trabalhadores e gestores) da saúde, educação e assis-

⁵ Vale ressaltar que essas áreas foram definidas em virtude da sua maior interface com a saúde, a exemplo do Programa Bolsa Família, cujo acompanhamento é feito pelas áreas de Assistência Social, Educação e Saúde.

tência social e também na representação dos cidadãos-usuários de Manguinhos, como inovação para além da tradicional representação de entidades locais.

Assim, a proposta de representação se dividiu em áreas temáticas de interesse para a população: Assistência social e direitos humanos, Criança e adolescente, Cultura, Educação, Esporte, Grupos étnicos e minorizados (negros, deficientes, LGBT), Idosos, Mulheres, Representações comunitárias, Saúde e ambiente, Segmento religioso, Trabalho cooperativo/Geração de renda solidária.

No total são 24 representantes, sendo doze da população, conforme segmentos listados acima, seis representantes da gestão (CAP 3.1/SMSDC/Rio de Janeiro, Teias-Escola Manguinhos, UPA, CSEGSF/Ensp,⁶ setor Educação, setor Assistência Social), seis representantes dos trabalhadores (Clínica da Família Victor Valla, Centro de Saúde Escola Manguinhos, Clínica da Família de Vila Turismo, UPA, CSEGSF/Ensp, Escola local).

A equipe do projeto acompanhou um ano de trabalho realizado pelo CGI, após a sua formação, buscando caminhos para a mobilização dos atores e articulação de pautas comuns entre os espaços de participação, para o desenvolvimento integrado entre eles. Nesse sentido, reforçou a articulação intersetorial em outros espaços, como o Fórum do Movimento Social de Manguinhos que incluiu na sua agenda o tema da saúde; o Conselho Comunitário de Manguinhos e o Conselho Gestor do Centro de Saúde, com a troca de informações sobre as ações de saúde.

Abaixo apresentaremos brevemente o levantamento dos principais processos e encaminhamentos das reuniões mensais do CGI, entre dezembro de 2011 e novembro de 2012.

Inicialmente o processo se caracterizou pela construção da logística de funcionamento do Conselho, com a definição e aprovação do seu regimento interno. Esse processo durou seis reuniões oficiais, contando com algumas reuniões extraordinárias.

6 Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

A presença dos gestores das unidades de saúde locais nas reuniões suscitou, nos representantes da população, vários questionamentos voltados para problemas relacionados a essas unidades de saúde. Pudemos observar um processo de empoderamento de algumas lideranças, que realmente puseram em prática seu papel de representantes da população, levando demandas e reivindicações para o espaço do Conselho, que se constituiu como um espaço de escuta da população.

Esse processo foi interessante pois houve uma aproximação e prestação de contas entre a gestão e a população, assim como um processo educativo da finalidade e funcionamento de cada unidade de saúde. Foram apresentados o funcionamento da UPA, do Teias e da Estratégia de Saúde da Família como um todo, além de alguns programas específicos, como o Consultório de Rua. Houve também melhora no processo de informação comunitária, por meio de informes de ações, políticas, mobilizações, cursos, pesquisas, projetos e eventos. Esse processo ampliou a participação da população na governança local.

Em relação à construção da intersetorialidade, podemos apontar, inicialmente, a apresentação do trabalho realizado pela 4.^a Coordenadoria de Assistência Social (CAS) em Manguinhos. A partir da apresentação da 4.^a CAS houve uma aproximação entre a Assistência Social do Teias e a CAS, com a finalidade de ampliar a colaboração das duas áreas de forma que potencializasse o atendimento à população de Manguinhos.

Houve ainda uma solicitação do CGI para que todas as comunidades do Complexo de Manguinhos fossem atendidas pela 3.^a CAS/Cras Caio Fernando, por este se encontrar na comunidade.⁷ Essa proposta também surgiu no GT de Assistência Social e Direitos Humanos do Conselho Comunitário de Manguinhos. Dessa forma, começou-se a construir uma articulação entre ambos os conselhos para tentar articular uma proposta com relação a essa reivindicação.

7 Parte da população de Manguinhos é atendida pela 4.^a CAS, que funciona no Complexo do Alemão e a reivindicação é para que todos sejam atendidos pela 3.^a CAS, que funciona no próprio bairro.

Ainda podemos apontar a apresentação do Programa Saúde na Escola, que levantou o desafio de encontrar um tema central para trabalhar a questão da articulação da assistência, saúde e educação como projeto político pedagógico (PPP) nas escolas. Cada escola constrói um projeto pedagógico a partir de um tema-chave, para ser trabalhado durante todo o ano. Esse processo se coloca como uma oportunidade para aprofundamento da intersectorialidade. Assim foi proposta a realização de uma oficina conjunta entre esses setores, para encontrar o tema central do PPP e contribuir para a construção do trabalho no território.

Além disso, foram escolhidos conselheiros para participar da reunião do GT de educação do Conselho Comunitário de Manguinhos, a fim de ampliar a articulação. Ainda houve um movimento para aproximação com os Conselhos Escola Comunidade da 3.^a e da 4.^a Coordenadorias Regionais de Educação (CRE), territórios onde estão as escolas de Manguinhos, para que os conselheiros representantes da educação participassem e pautassem uma apresentação do CGI.

Debateu-se ainda a importância do planejamento da territorialização das políticas públicas, pois cada área segue uma territorialização diferente. A educação é dividida em CREs e a Saúde em Áreas Programáticas, e ambas não coincidem entre si, o que dificulta o desenvolvimento de ações de intersectorialidade.

Vale ressaltar também a continuidade do processo de discussão e mobilização para a implantação do Caps AD em Manguinhos, com abrangência para toda a área 3.1 da cidade, demanda da Conferência de saúde de Manguinhos (julho de 2011). Foi construído pelo Conselho um novo abaixo-assinado para coleta de assinaturas, reivindicando a construção desse equipamento na comunidade de Manguinhos.

Além disso, houve a mobilização para reivindicar, para a Cet Rio e prefeitura, a instalação de um semáforo na porta da Fiocruz, onde está a faixa de pedestre, com a finalidade de reduzir o alto índice de atropelamentos no local. A Fiocruz, via Ensp e Dirac, enviou solicitações à Cet Rio. Além disso, houve passeata/bloco de carnaval, chamado Bloco no Semáforo, que juntou

profissionais de saúde e população de Manguinhos nessa reivindicação. Houve também a reivindicação de uma nova academia carioca, para uso da população, uma vez que ela é usada para prevenção e tratamento de doenças, estando ligada ao funcionamento do Teias. A gestão do Teias ampliou o seu funcionamento e enviou uma carta à prefeitura, solicitando uma academia aberta para a população de Manguinhos. Foi proposto ainda que o CGI também fizesse uma carta solicitando a academia à prefeitura.

Foi ainda levantado, como necessidade para o fortalecer o Conselho, a ampliação da interlocução com os conselhos dos níveis acima — distrital, municipal, estadual — a fim de divulgar, fortalecer e consolidar a experiência de um Conselho Local de Saúde.

Considerações finais

Em face dos aspectos apresentados, consideramos que o desenvolvimento dessa tecnologia social qualificou os processos de participação social da população local para a gestão participativa da política pública de saúde, no território de Manguinhos. Vale ressaltar que o trabalho nos conselhos, que já tem como fruto a participação ativa dos moradores, vem passando por um processo de amadurecimento, tanto dos moradores quanto da gestão e trabalhadores dos serviços.

É importante atentar para o fato de que a participação da população precisa ser permanentemente estimulada e valorizada pela gestão, a fim de que haja um ciclo virtuoso de governança local, para melhoria da saúde como um todo.

No que diz respeito à avaliação deste projeto, a realização de uma reunião avaliativa com moradores e conselheiros de Manguinhos, deixou clara a importância de existir uma equipe voltada para articulação e qualificação desse processo de participação popular. Os moradores se sentem valorizados e participantes da construção da política de saúde ao serem informados e estimulados a participar das diversas instâncias e fóruns de discussão coletiva.

Acreditamos que a organização deste processo contribuiu para a construção de mecanismos de participação social, que podem trazer impactos para mudanças na saúde e nas condições de vida da população.

É necessário salientar a relevância do processo de articulação e *advocacy* com outros setores, sensibilizando-os para participar na busca de soluções conjuntas intersetoriais para o território. É um desafio complexo, tendo em vista o esforço empreendido para articular os setores de Saúde, Educação e Assistência Social, com seus problemas de estrutura e recursos humanos, entre outros.

Não é uma prática dos atores governamentais a promoção de ações ou espaços intersetoriais, que visem articular áreas de governo, com o objetivo de promover ações que possam enfrentar os problemas advindos dos Determinantes Sociais da Saúde e que dizem respeito às diversas áreas.

Somando-se a isso, existe a prioridade de ações, e notando o desenvolvimento do processo, identificamos que a participação social e a intersetorialidade, bases para a gestão participativa, são componentes que, no momento de escolha de prioridades, acabam ficando por último, fato que não contribui para a realização eficiente de uma política pública. Esses são os desafios colocados.

Referências

- Brasil/Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Participasus), Portaria n.º 3.027/2009.
- Bodstein, R. et al. *Equipamentos e iniciativas sociais em Manguinhos*. Rio de Janeiro: Minister, 2010.
- Busatto, C. *Governança solidária local: desencadeando o processo*. Relatório de atuação. Porto Alegre: SMGL, 2005.
- Carvalho, M. A. P. et al. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: Vasconcelos, Eymar Mourão (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec, pp. 101-14, 2001.
- Coordenadoria de Comunicação Social/Presidência da Fiocruz. *Manual de mídias sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, junho de 2012. 1.ª edição. 54 p.

- Freire, P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- Instituto de Tecnologia Social. *Conhecimento e Cidadania Tecnologia Social*, 2007.
- Melo Neto, J. F. Pesquisa-ação (aspectos práticos da pesquisa-ação nos movimentos sociais populares e em extensão popular). Disponível em: <http://br.librosintinta.in/biblioteca/ver-pdf/www.prac.ufpb.br/copac/extelar/producao_academica/artigos/pa_a_pesquisa_acao.pdf.htm>. Acesso em 10-7-2012.
- Lima, C. M. & Bueno, L. B. (orgs.). *Território, participação popular e saúde: Manguinhos em debate*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2010.
- OIG. Ottawa Institute of Governance, 2007. Disponível em <www.iog.ca>. Acesso em 25-5-2012.
- Prates, C. Tecnologias sociais: princípios, processos e produtos. A experiência dos programas alfabetização solidária e artesanato solidário no Brasil. VII Congresso Internacional del Clad sobre la reforma del Estado y de la administración pública, Lisboa, Portugal. 2002.
- Stotz, E. *Dicionário da educação profissional em saúde*, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/parsoc.html>>. Acesso em 28-5-2012.
- Thiollent, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986. 108p.

CAPÍTULO 3
CURSO SAÚDE COMUNITÁRIA:
UMA CONSTRUÇÃO DE TODOS.
A EXPERIÊNCIA EM MANGUINHOS

MARIA DE FÁTIMA LEAL ALENCAR
CAROLINE FERRAZ IGNACIO
ANGÉLICA DE ALMEIDA
NATÁLIA ALVES COSTA
SHEYLA DAVID DUTRA
ANTONIO HENRIQUE ALMEIDA DE MORAES NETO

o0o

Caracterização

EM MANGUINHOS, os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) são os principais atores no processo de abordagem das desigualdades socioambientais e de saúde, o que requer um trabalho de cunho interdisciplinar e o compartilhamento de saberes fortalecendo assim a interação com a comunidade.

A partir da apresentação do projeto “Capacitação comunitária para a prevenção da tuberculose e parasitoses através da educação popular participativa em saúde, em comunidade de baixa renda do entorno do *campus* da Fiocruz, Manguinhos, RJ” pela equipe do Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos (Liteb) do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) no Fórum do Movimento Social de Manguinhos foram discutidas as propostas e ações relacionadas à atenção a saúde com os moradores. Nessas reuniões foram elencados os temas relacionados à

promoção da saúde, a participação social e adequados à cultura e realidade do território. Através deste processo e demandas da comunidade foi estruturado o curso “Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos”. Este curso trabalha as temáticas de saúde do cotidiano do território de forma articulada, mediante o desenvolvimento de uma proposta de capacitação cooperativa que, além de promover a troca de saberes, estimula ao indivíduo a possibilidade de identificar, relatar e analisar a problemática de saúde de seu território. Essa iniciativa foi construída calcada nos princípios dos SUS, adequando ao modelo de atenção à saúde do território de Manguinhos; o Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias)-Escola Manguinhos, que busca em seu preceito uma integração da rede estrutural dos serviços e ações de atenção, promoção em saúde e cuja metodologia se fundamenta no planejamento estratégico participativo.

Relato da experiência

Inicialmente foi realizada uma pesquisa de campo com ação colaborativa estabelecida entre moradores, quatro laboratórios do IOC/Fiocruz: Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos (Liteb), Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde (Leas), Laboratório de Avaliação e Promoção da Saúde Ambiental (Lapsa) e Laboratório de Microbiologia Celular (Lamicel); o Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental (DSSA) da Ensp/Fiocruz, o Centro de Saúde-Escola Germano Sinval Farias (CSEGSF), Ensp/Fiocruz e o Programa Saúde da Família de Manguinhos-RJ. Este curso foi estruturado utilizando a metodologia KAP (*Knowledge, Attitudes and Practices*) ou “CAP” em português, que é amplamente utilizada em diversas áreas do conhecimento, uma vez que viabiliza a construção de propostas voltadas para as necessidades específicas de um público-alvo ou território. Esta metodologia “visa medir os conhecimentos (C), as atitudes (A) e as práticas (P) de uma população acerca de determinado agravo, nos permitindo um diagnóstico do que as

“pessoas conhecem, percebem e como se comportam ante determinado problema, em uma área específica” (Wood & Tsu, 2008).

Este curso obteve o apoio irrestrito da Associação de Moradores da Comunidade Parque Oswaldo Cruz (“Comunidade do Amorim”), onde foram apresentados e discutidos os resultados obtidos na primeira etapa da pesquisa em reunião com a comunidade. A metodologia CAP revelou inicialmente que apesar de os moradores conhecerem alguns aspectos ligados à transmissão das parasitoses intestinais e outras comorbidades (tuberculose, pediculose, escabiose e hanseníase), eles não eram aplicados na prática da vida cotidiana. A prevalência de parasitoses intestinais à época (em 2009) era de 30%. Esses resultados também forneceram subsídios à equipe do Liteb, quanto às representações e significados, para que fossem utilizados na construção de *folders* instrutivos e distribuídos nas oficinas e palestras de Educação em Saúde, realizadas nos espaços formais (escolas e creches) e não formais (igrejas e associação de moradores) da comunidade e posteriormente serviram de base para estruturar a grade curricular inicial do curso, da primeira edição em 2010.

No Fórum do Movimento Social de Manguinhos, os moradores manifestaram o desejo de participar de mais ações voltadas à educação continuada, para promoção da saúde, que permitissem dialogar abertamente sobre os problemas enfrentados no cotidiano e discutir medidas quanto à prevenção de doenças adequadas à cultura e realidade local. Alguns moradores de outras comunidades tomaram conhecimento destas ações e demanda da Comunidade do Amorim e solicitaram neste Fórum que suas comunidades do entorno da Fiocruz coparticipassem dessa proposta.

A equipe do curso exercitou na época a prática de oficinas e seminários que se coadunassem com a educação popular em saúde, a fim de refletir qual seria a melhor forma de promover a construção compartilhada de um curso que envolvesse *todos nós, os moradores e a Academia!*

Isso catalisou o desenvolvimento de uma proposta de capacitação de forma cooperativa que, além de promover a troca de saberes, estimulava o ato de estreitar laços e “romper muros” entre

a “Academia” e as comunidades do entorno da Fiocruz-RJ. Este processo suscitou a participação voluntária de pesquisadores e professores de várias unidades da Fiocruz, que antes tinham dificuldades no diálogo com a comunidade. O título “Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos”, reflete o espírito de união, igualdade e universalidade e nos remete à prática freiriana do “fazer junto”, preconizando a participação social. Por outro lado, permite aos especialistas conhecer e discutir a real situação de saúde da população local, mediante encontros dialógicos e contrapõe o paradigma de que a ciência “é coisa para os doutores”, trazendo o saber popular para ser discutido e integrado ao acadêmico e vice-versa, pela popularização do conhecimento científico.

A carga horária total do Curso é de sessenta horas, e as aulas são ministradas de segunda a sexta-feira no horário das 17:30 às 19:30 h, com cerca de cem alunos por turma/ano. Cada tema da grade é ministrado por duas horas diárias.

A proposta do curso abrange (Quadro 1):

Quadro 1. Proposta e finalidade do curso “Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos”

Proposta do Curso	Finalidade
Encontros dinâmicos e expositivos;	Permitir que todos os participantes sejam protagonistas no processo de construção do conhecimento, derrubando o formato de “sala de aula” onde apenas o professor é o “dono do saber”;
Abraça o lema “Conhecer para Prevenir” e se insere no referencial teórico da Educação em Saúde, onde se acredita que os processos educativos devem ser reflexivos, críticos, potencializadores e construídos por meio de ações conjuntas e considera a saúde como resultado de aspectos inerentes ao processo saúde-doença e que o indivíduo aprende a cuidar dela a partir do conhecimento de sua realidade;	Estimular a construção de conhecimentos teóricos e práticos que possibilitem aos participantes compreenderem a relação entre saúde, as formas de proteção e prevenção das doenças e a organização do território;
Estímulo ao aprendizado contínuo e a utilização dos conhecimentos adquiridos em seu dia a dia;	Capacitar todos os participantes como “Promotor local de saúde”;
Abordagens informais sobre conhecimentos teóricos adequados à realidade dos participantes;	Possibilitar aos moradores uma reflexão sobre os determinantes sociais da saúde e sua percepção do território. Assim, são estimulados a atuarem no território de forma direta, vivenciando a <i>práxis Freireana</i> através do conhecimento compartilhado e construído durante o curso;
Reflexão dos participantes do corpo docente sobre os seus conceitos e práticas a partir do saber acadêmico	Permitir a reflexão do corpo docente sobre a sua inserção na sociedade, visando o bem comum e a cidadania.

Os Temas

Os temas da grade do curso (Figura 1) foram construídos com base no levantamento das características sociais, históricas e epidemiológicas de Manguinhos, obtidas por meio de pesquisas bibliográficas, indicadores de saúde levantados do banco de dados da Estratégia Saúde da Família (ESF/SMSDC-RJ) e relatos de reivindicações colhidos nos encontros do Fórum Social de Manguinhos, que reúne periodicamente moradores, instituições e movimentos sociais que atuam na defesa da cidadania ativa e dos direitos sociais em suas comunidades. A grade é revisada a cada ano (edição) e reformulada de acordo com as avaliações feitas pelos alunos egressos e docentes. O curso é oferecido anualmente desde 2010. Para 2012, ano de relato dessa experiência, as temáticas discutidas e trabalhadas são apresentadas na Figura 1.

Figura 1. Temas do curso “Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos” no ano de 2012



Existem diversos projetos sociais que buscam instruir moradores de áreas vulneráveis por meio da promoção da saúde em encontros, palestras ou oficinas, direcionados a agravos específicos ou gerais, ou determinantes sociais de uma dada localidade. Alguns têm como principal finalidade tornar os participantes atores diretos, levando a informação para suas comunidades. O curso “Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos” difere dos demais desenvolvidos no âmbito da promoção da saúde e que também são ofertados pela Fiocruz, pelo fato de envolver vários temas e modelos alternativos de informações.

O principal destaque está na forma de estímulo ofertado aos alunos com níveis de instrução diversos, que se deparam com o desafio de desenvolver ao longo do curso, com a ajuda dos monitores e professores, miniprojetos em comunidades que são por eles escolhidas, sobre algum tema correlato a temática do curso. Além desta supervisão, recebem “um roteiro de construção de projeto”, explicando “o passo a passo”, para auxiliá-los nas ações de campo (Anexo 1).

Ao final do curso, estes grupos apresentam as ações que foram desenvolvidas nas comunidades, no referencial da promoção da saúde. A apresentação é avaliada por um grupo de professores do curso e pelos alunos, nos três últimos dias antes do encerramento do curso. Para a apresentação os grupos orientados pelos monitores e/ou professores do curso utilizam cartazes, recursos audiovisuais diversos: *data-show*, *folders* e filmes produzidos por eles mesmos ou adquiridos na internet. Essas ações são acompanhadas ao longo do ano seguinte pela equipe em eventos comunitários e redes sociais do curso, o que proporciona aos moradores o estabelecimento de relação de confiança e sustentabilidade pela aproximação com a Fiocruz. Muitos se tornam membros de equipes de pesquisa na Fiocruz e/ou outras instituições ligadas a temática social (Cruz Vermelha, ongs, etc. . .).

Resultados

Desde 2010 até 2013 foram capacitados 241 alunos. Os egressos são na maioria do sexo feminino, jovens adultos, com idade entre 30 e 39 anos e apresentando escolaridade de ensino médio completo e a maioria sem ocupação. São moradores de comunidades e bairros vizinhos à Fiocruz (Parque Oswaldo Cruz – Comunidade do Amorim, Mandela (I, II e III), CHP2, Varginha/Parque Carlos Chagas, Vila Turismo, Parque João Goulart, DESUP, Arará, Comunidade Agrícola/Higienópolis, Maria da Graça, Nova Holanda, Vila do Pinheiro, Vila do João, Vila União, Benfica, Bonsucesso, Complexo do Alemão, Caju e Ilha do Governador), de outros bairros da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (Brás de Pina, Magalhães Bastos e Pavuna) e de outros municípios (Belford Roxo, Nova Iguaçu e São Gonçalo).

Nas quatro edições do curso:

* Foi editado pelo Setor de Jornalismo do IOC/Fiocruz, um vídeo institucional sobre o curso que se encontra disponível no *website* do *You Tube* no *link* <<http://goo.gl/536Dcv>>;

* Foram realizados cerca de dez miniprojetos por edição (ano) com temas específicos da grade do curso, e alguns deles foram trabalhados envolvendo teses de mestrado e doutorado de alunos do IOC, bem como projetos de IC desenvolvidos na Fiocruz em parceria com o Teias e o CSEGSF/Ensp. A qualidade desses miniprojetos foi muito boa, uma vez que os alunos mostraram comprometimento com as suas ações comunitárias e estas eram supervisionadas pelos monitores do curso;

* Os problemas dos moradores eram discutidos com o Setor de Pesquisa do CSEGSF/Ensp e com as equipes de Estratégia de Saúde da Família-Teias. Os moradores que se encontravam com algum tipo de agravo diagnosticado pela pesquisa de campo era tratado pelo Teias-CSEGSF/Ensp;

* O Curso possui uma página no *Facebook*, disponível no *link* <<https://www.facebook.com/cursosaudedecomunitaria>>, com cerca de mil e trezentos membros; ele se tornou um veículo de

comunicação entre a equipe do projeto, egressos e docentes do curso, e se propõe a promover a qualificação profissional das comunidades uma vez que divulga não só as edições anuais do curso como também diversas oportunidades para seus membros tais como outros cursos em saúde, eventos científicos, palestras e concursos, entre outros.

Descrição dos impactos gerados com esta experiência

O Curso “Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos” cabe como modelo a ser utilizado pelos gestores do SUS e ser implantado em outras Teias de territórios semelhantes, pois:

- * Estimula a vivência do “fazer junto” que contribui para o processo de interação com suas comunidades, buscando assim a sustentabilidade das ações, a participação social e o exercício da cidadania. Isso leva a um resgate da autoestima e o retorno do interesse em obter uma formação acadêmica e cidadã, tornando-se “Promotor Local de Saúde”;

- * Coaduna-se com os princípios de integração, equidade, sustentabilidade e participação social;

- * Promove maior integração entre moradores e profissionais de saúde por meio de ações de promoção e atenção à saúde, proporcionando um espaço para debate sobre temas e setores ligados à saúde e a integração da população e profissionais de territórios: cerca de 20% dos egressos atuam na Fiocruz em funções variadas; faxineiro(a), jardineiro; brigadista de incêndio, porteiro/recepcionista, técnicos de laboratório, bioterista e/ou bolsista de projeto;

- * Proporciona a abordagem do processo saúde/doença no cotidiano dos moradores, seja apresentando discussões sobre os temas ligados a saúde, seja pelo tema dos recursos disponíveis no território (provimento de serviços essenciais), estimulando a prática de ações mais saudáveis, que não podem ser mensuradas de imediato, mas que vêm sendo dialogadas com a ESF local. Per-

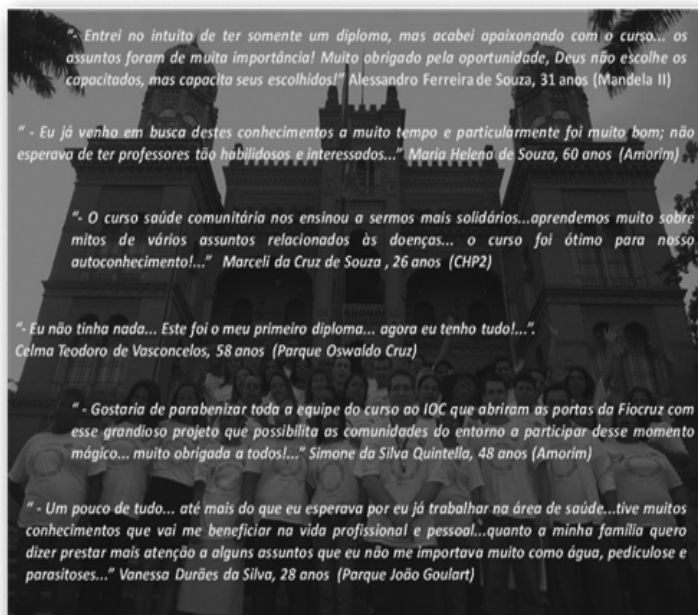
cebendo mesmo que de forma indireta possa haver diminuição de alguns agravos no território;

* Por meio desse curso, os participantes buscam alcançar tal acesso, ao mesmo tempo que adquirem o conhecimento em saúde na região onde habitam, entre seus vizinhos e familiares, com o convívio em harmonia, resultando assim em bem-estar social e desenvolvimento para os territórios;

* Durante as aulas e após quatro edições do curso, observou-se por relatos dos próprios alunos e pela plotagem de dados advindos das repostas de questionários de avaliação do curso pelos alunos (aplicados ao final do curso), o aumento do interesse pelas questões relacionadas à saúde de familiares e vizinhos e em dar continuidade aos estudos, com ênfase nos cursos diretamente relacionados à saúde. Segundo ainda esses próprios moradores (por dados obtidos na pesquisa de acompanhamento dos egressos), alguns participantes que nunca se haviam envolvido em trabalhos de promoção da saúde, agora atuam diretamente em suas comunidades em projetos de cunho social em seu território e alguns vêm ocupando assentos de destaque em Associações de Moradores e em instâncias participativas. Outros vêm conquistando vagas em cursos de nível superior na área de saúde e mesmo em concursos públicos para a Secretaria Municipal de Saúde. Outros que já são profissionais de saúde (técnicos e/ou agentes) relataram que o curso agregou conhecimentos para a prática profissional cotidiana.

Na página seguinte, seguem as falas e/ou relatos dos alunos, obtidos por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mediante a aplicação de questionário de avaliação final do curso sobre os temas, professores e aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos (Figura 2).

Figura 2. Relatos dos alunos participantes pelas repostas de questionários de avaliação do curso “Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos”.



Fonte: Arquivo pessoal dos autores.

Desafios e necessidades de novas ofertas

O desafio principal é a replicação do modelo do curso “Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos” em novas Redes Teias e em outros territórios.

Esse curso apoia um modelo de gestão participativa em saúde, mediante o estímulo à participação e capacitação dos moradores e profissionais de saúde e educação, envolvendo os determinantes de saúde e seus direitos como cidadãos para eleger políticos comprometidos com apoio à cidadania e ao bem-estar social;

Outros desafios são:

- * Constante atualização das temáticas de saúde do cotidiano das comunidades;
- * Trabalhar novas ferramentas de estímulo com os alunos;
- * Buscar novas formas de comunicação dos resultados;
- * Convencer os gestores da importância do trabalho cooperativos entre academia e centro de saúde, nas temáticas de saúde do cotidiano;
- * Convencer pesquisadores da instituição a trabalhar os temas de saúde no cotidiano do território em linguagem clara e objetiva;
- * Inserção na ESF de quaisquer Teias para o sucesso do curso;
- * Orçamento para o desenvolvimento da proposta do curso nas próximas edições;
- * Manter o canal de comunicação aberto com as comunidades em conflitos internos e com o poder público.

Referência

Wood, S. & Tsu, V. Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys, WHO Library, 2008. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43790/1/9789241596176_eng.pdf>.

Agradecimentos

A equipe do PDTSP/VPPLR/VPAAPS Fiocruz, pelos recursos concedidos, pelo comprometimento com a nossa proposta e com a população de Manguinhos.

Ao CSEGSF/Ensp e Teias-Escola Manguinhos, CAP 3.1 – SMSDC-RJ pelos serviços e apoio a saúde dos Moradores.

À Finep Rede Morar.Ts, Faperj (Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro) e Coordenadoria de Cooperação Social da Presidência da Fiocruz, por apoiar a pesquisa em Manguinhos-RJ.

Anexo

Roteiro de Construção de Projeto

Construindo um projeto: Você pode modificar a sua realidade!

Às vezes parece difícil pensar que uma só pessoa pode modificar o ambiente em que vive, transformar a sua realidade, mas a história nos mostra que isso é possível. Um bom exemplo é o Mahatma Gandhi (pesquise sobre ele na internet!), líder político e religioso da Índia, que liberou o seu povo e o libertou da dominação da Inglaterra, através da não violência e da desobediência civil ao governo colonial. Pode ser que seja difícil liderar toda uma nação para a independência, mas muitas vezes existem coisas que nós podemos fazer na nossa rua, no nosso colégio, no nosso trabalho, na nossa comunidade.

Para começarmos a melhorar o ambiente em que vivemos, temos, no entanto, que seguir alguns passos:

1. Identificar o problema: A água da minha casa pode me causar doenças? O filho do vizinho pegou piolho, e muitas crianças da minha rua também. Como posso fazer para evitar que isso aconteça?
2. Identificar as soluções: Se eu ensinar as pessoas a tratarem a água antes de beber, elas não ficarão mais doentes! Se as pessoas aprenderem como se pega piolho e como se trata a doença, elas não vão pegar mais!
3. O que fazer para resolver o problema: Vou fazer uma palestra no salão da minha igreja para falar sobre como tratar a água! Vou falar com meu amigo que tem um sistema de alto-falantes na comunidade para passar informações sobre como tratar e evitar pegar piolho!

Um dos objetivos desse curso é ajudar a VOCÊ a entender e a identificar problemas de saúde comuns na sua comunidade, e identificar as soluções para esses problemas, contando com a ajuda de profissionais de diferentes áreas. Mas como resolver os problemas?

Pode ser que a solução dos problemas da sua comunidade comece com uma única pessoa: VOCÊ.

Mas para isso, temos que pensar direitinho em como vamos fazer as coisas, de maneira organizada. Por exemplo, no caso de dar uma palestra para as pessoas da minha igreja, eu preciso falar com o padre ou pastor para que ele deixe que eu use o salão, tenho que preparar uma apresentação, talvez convidando um pesquisador que vai falar sobre o tema, posso preparar um material impresso para distribuir para as pessoas (e nesse caso, quem vai pagar a impressão ou o papel?). . .

Ou seja, é preciso fazer várias coisas, pedir ajuda para outras pessoas, conseguir dinheiro para comprar papel, preparar o que vai e apresentado. . .

A melhor forma de fazer isso de maneira organizada é fazer um PROJETO, que nada mais é do que responder a alguma dessas perguntas: O que eu vou fazer?; Como eu vou fazer?; Quem vai ajudar?; Com que recursos? . .

disso, podemos também considerar como recursos as pessoas que vão participar da ação. Por exemplo, eu posso convidar um pesquisador da FIOCRUZ para participar da palestra e ajudar na elaboração da cartilha, assim como voluntários que iriam de porta em porta avisar sobre a realização da palestra. Esses seriam os recursos humanos, também muito importantes.

6. O Orçamento

Podem ser que alguns dos recursos tenham CUSTO, por exemplo, o papel para imprimir as cartilhas ou o serviço de fotocópia (xérox), o aluguel do salão, se você não conseguir de graça, o aluguel do projetor. . . Nesse caso, o ideal é que você faça um orçamento, prevendo quanto vai gastar, a fim de tentar conseguir esses recursos juntos aos patrocinadores, que podem ser pessoas da própria comunidade, ou empresas ou comerciantes que financiem seu projeto, muitas vezes para terem seu nome associado às ações do projeto e para a divulgação do seu nome ou marca na comunidade.

7. Os Resultados Esperados

Quem faz alguma coisa espera um resultado, não é mesmo? Quais os resultados que você espera depois que o seu projeto foi realizado? Que as pessoas deixem de ficar doentes por causa do consumo da água contaminada e passem a beber água de qualidade. Esse seria o nosso RESULTADO esperado.

Então, mãos à obra?!

Após o sorteio do tema entre as aulas que serão apresentadas durante o curso, converse com professor da aula sobre o seu tema, para que ele ajude seu grupo a elaborar o seu projeto. E vamos mudar o mundo para melhor!

OBS: Você terá ajuda de nossos monitores que têm experiência nestes temas.

A comissão de organização.

Curso “Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos”

CAPÍTULO 4
PARTICIPAÇÃO SOCIAL E GESTÃO EM SAÚDE:
UMA PROPOSTA EDUCATIVA PARA FORTALECER
A GESTÃO POPULAR NO SUS

VALÉRIA CRISTINA GOMES DE CASTRO
MARCELLO DE MOURA COUTINHO

o0o

“É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática.”

— PAULO FREIRE

ESTE TEXTO APRESENTA A EXPERIÊNCIA de construção do curso de Participação Social e Gestão em Saúde desenvolvido na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Fiocruz) no ano de 2012. A experiência refere-se à construção compartilhada de uma proposta educativa para conselheiros locais de saúde no território de Manguinhos (Rio de Janeiro), a partir da articulação em rede por parte do projeto PDTSP/Teias da Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência da Fiocruz (VPPLR), onde diferentes projetos da área de saúde foram implementados e destinados ao território.

O objetivo dessa proposta foi desenvolver com base na Educação Popular um curso que contribuísse para discussão de temas pertinentes à atuação dos conselheiros de saúde do recém-criado Conselho Gestor Intersetorial (CGI) em Manguinhos, na busca de melhorar a qualidade da atenção à saúde no território e incentivar a participação popular nos processos decisórios relacionados às ações de promoção e cuidado da saúde

geridos pelo Teias-Manguinhos. Discutiui-se uma proposta curricular que agregou temas específicos da saúde e de ações intersetoriais, buscando, por meio dessa articulação, envolver diferentes atores sociais nas ações coletivas.

O projeto de pesquisa resultou na inclusão no catálogo da EPSJV de um curso de “Qualificação em Participação Social e Gestão em Saúde”, desenvolvido pelo Laboratório de Educação Profissional de Gestão em Saúde (Labgestão), coordenado até o ano de 2014 por Valéria Castro e Marcello Coutinho, contribuindo para ampliar a discussão sobre educação popular, gestão e a articulação entre esses dois temas fundamentais para o controle social no SUS. Na experiência piloto, desenvolvida no âmbito do Teias-Manguinhos em 2011-2012, contou também com a participação de uma bolsista financiada pelo projeto,¹ profissionais da EPSJV e de outras unidades da Fiocruz, além de uma estagiária do Labgestão e uma docente da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF).²

Foram ofertadas trinta vagas, inicialmente apenas para os participantes do CGI e outros conselhos gestores do território (dois centros de saúde), ocorrendo, portanto, procura além das vagas oferecidas. No entanto, várias questões conjunturais dificultaram a conclusão no curso de todos os inscritos, revertendo a decisão inicial de uma turma exclusiva a esse grupo.

O curso foi bem avaliado pelos participantes e consistiu em um projeto que poderá contribuir para outros territórios integrados no que tange aos aspectos da participação. Trata-se de uma proposta que busca ampliar e qualificar a participação popular dos diferentes segmentos que compõem os conselhos de saúde, seja de usuários, de profissionais de saúde ou de gestores. Busca contribuir, também, para qualificar a participação de conselheiros de saúde, preferencialmente com ensino médio ou fundamental e demais representantes da sociedade civil na gestão do SUS.

1 A pedagoga Priscila Talita de Oliveira.

2 A partir de 2016, com os mesmos objetivos, o curso passou a ser oferecido pela Coordenadoria de Cooperação Social/Presidência Fiocruz, com coordenação de Valéria Castro.

Foram desenvolvidas metodologias pedagógicas participativas que contribuam para elaboração de currículos integrados e críticos.

O controle social é um mecanismo fundamental na organização do SUS, no entanto, desde sua implementação permanece o desafio de efetivamente desenvolver mecanismos participativos de segmentos populares na condução das políticas públicas de saúde. Assim, desenvolver temas relacionados à gestão popular na saúde é fundamental para fortalecer as diretrizes previstas constitucionalmente, com propostas pedagógicas que favoreçam a participação mais efetiva de segmentos tradicionalmente excluídos das arenas decisórias das políticas públicas, a fim de fortalecer os princípios fundamentais do SUS em um sistema público e equânime e a construção de uma sociedade igualitária.

Nesse texto apresentamos a ideia inicial da proposta do curso, a partir de reflexões que acompanharam sua construção, não em uma perspectiva linear, mas repleta de contradições e desafios que se apresentaram na mística de construção da proposta e em seu desenvolvimento, que buscamos expressar nesse capítulo. A Parte I inicia com uma discussão sobre o repensar da participação e os caminhos que ocorreram no SUS nos últimos anos com a institucionalização da participação social na saúde. Seguimos com uma análise sobre os fios que teceram o conjunto de atores sociais que se propuseram a participar da proposta, bem como a contextualização dessa experiência, que ocorreu em um momento político conturbado de implantação da política de pacificação em favelas no Rio de Janeiro e do programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Na Parte II buscamos trazer um pouco da experiência que motivou a construção do curso, a partir da experiência do Conselho Gestor Intersetorial de Mangueiras (CGI) e concluímos a Parte III com a experiência específica da organização do curso e de uma proposta curricular e pedagógica voltadas a territórios vulnerabilizados.

Inicialmente pensamos em compartilhar a autoria deste capítulo com os educandos participantes do processo de desenvolvimento das aulas, no entanto, na prática a construção dessa proposta se deu a muitas mãos, as quais inclui todos os educandos/

educadores que estiveram presentes nessas etapas. Nesse texto estão aqui reunidos a sistematização de dois desses atores sociais, além da fala de participantes do curso, que preferimos não identificar por questões éticas. Porém a todos que se identificarem com as questões aqui descritas expressamos o nosso agradecimento e parceria.

Parte I

Repensando a participação

Discutir participação social provoca muitos questionamentos que foram motivadores para construção dessa proposta. Que participação queremos? É possível “promover” a participação de outros (empoderar)? Os mecanismos instituídos de gestão participativa no SUS têm possibilitado o reconhecimento de demandas populares na saúde? Foi a partir de questionamentos como esses que surgiu essa experiência.

No entanto, algumas vivências em políticas públicas no SUS nos possibilitaram amadurecer a proposta apresentada, entre elas a experiência docente no componente curricular — Trabalho de Integração (TI) em Participação Social em Saúde, para alunos do ensino médio, a disciplina de Planejamento do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Manguinhos, e o curso de Políticas Públicas para movimentos sociais. Além da participação em outros cursos, ministrando temas relacionados à gestão em saúde e políticas públicas e a participação no ano de 2010 no curso da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) sobre “Gestão Social” destinado a moradores de Manguinhos, além do diálogo com representantes do Fórum Social de Manguinhos em cursos e reuniões. Em 2010, encaminhamos um projeto para o edital da Vice-Presidência de Pesquisa da Fiocruz, para projetos relacionados ao Teias-Escola Manguinhos quando esta proposta passou a ser debatida com pesquisadores da EPSJV e de outras unidades da Fiocruz, moradores e profissionais de saúde que atuam no território.

É nesse contexto que foi pensado este projeto, com um formato de curso de qualificação, a fim de permitir adequação ao perfil de escolaridade dos inscritos, o que exigiu reformulação na gestão escolar dos cursos do laboratório ofertados predominantemente destinados a alunos com formação de ensino médio. A perspectiva de educação aqui descrita baseia-se no entendimento de que qualificação vai além da formação para o trabalho, envolvendo diferentes perspectivas, como a formação de sujeitos capazes de agir ética e politicamente nas relações sociais, buscando alcançar melhores condições de vida para si e para a coletividade, exigindo adequação das propostas à realidade vivida pelos educandos.

Visamos refletir sua importância no contexto político da sociedade, discutindo conhecimentos sobre a organização e fundamentos das políticas públicas que afetem o cotidiano, em especial a política de saúde, incluindo reflexões relativas ao conceito ampliado de saúde, o processo de luta por cidadania e democratização no Brasil, história e organização do SUS, novos modelos de gestão e a intersetorialidade como fator de promoção da saúde. Os temas propostos, assim como a metodologia a ser desenvolvida, foram debatidos em oficinas temáticas que anteciparam a sua realização.

Para o Labgestão esta proposta surge em uma perspectiva inovadora e estratégica, que busca, por meio da experiência de uma proposta formativa baseada na educação popular, aproximar docentes e alunos, em uma experiência que permita refletir a função do gestor nos serviços públicos e a troca de experiências com segmentos da população historicamente excluídos dos processos decisórios da gestão da saúde, contribuindo para a reflexão sobre a importância da nossa atuação profissional na construção de uma sociedade mais justa e equânime. A proposta baseia-se em uma metodologia participativa, na qual o conteúdo foi debatido e consolidado durante todo o processo, tanto entre os técnicos envolvidos na proposta como em relação aos educandos, possibilitando um processo mútuo de ensino-aprendizagem.

A primeira turma vivenciada pela experiência das Teias-Escola Manguinhos, poderá tornar-se referência para discussão de projetos e estudos nessa área, em que a articulação de concepções e práticas que visem à promoção de efetivas melhorias para a vida da população. Este processo é complexo, contraditório e desafiador, e para tanto, acreditamos em metodologias construídas com envolvimento dos diferentes atores mediante ação coletiva.

Controle Social no SUS: que caminhos seguir?

No Brasil, os mecanismos de participação na saúde foram efetuados por meio de regulamentações constitucionais, as Leis 8.080/90 e 8.142/90 que são exemplos de mecanismos que poderão ser utilizadas pela sociedade em busca de participação. No entanto, apesar de mais de duas décadas, ainda se reconhecem os inúmeros desafios diante da perspectiva de garantir uma participação crítica, que possibilite a autonomia e o debate político em todas as esferas do SUS. O conceito de Participação Social é polissêmico, envolvendo diferentes concepções sobre a importância da participação popular e da educação como possibilidade de transformação de práticas, a construção de instrumentos de comunicação e gestão, e a discussão sobre os mecanismos de cooptação política e de efetivação das políticas de Estado. Segundo Stotz,

Definir participação social implica entender as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem com o objetivo de influenciar a formação, execução, fiscalização e avaliação de políticas públicas na área social (saúde, educação, habitação, transporte, etc.). Tais ações expressam, simultaneamente, concepções particulares da realidade social brasileira e propostas específicas para enfrentar os problemas da pobreza e exploração das classes trabalhadoras no Brasil (Stotz, 2008, p. 295).

A formação de conselheiros é aqui pensada, não como forma de repasse de informações e conteúdos, mas como fortalecimento de uma perspectiva de educação que privilegie a utilização de processos pedagógicos que possibilite ao sujeito aprender e refletir sobre sua realidade, buscando soluções para os problemas enfrentados em seu cotidiano.

Coerentes com os objetivos propostos foram organizadas três oficinas com a finalidade de discutir com os conselheiros, técnicos, gestores e outros interessados, a estrutura do curso sugerida inicialmente. Solicitamos que fosse avaliada a estrutura proposta e incluídos temas a serem trabalhados ao longo do curso. Construimos a proposta com base em algumas concepções políticas sobre Estado, organização da sociedade, políticas públicas e educação. Entendemos que o Estado constitui-se hegemonicamente em espaços de defesa de segmentos da sociedade detentora de capital, a qual viabiliza por meio de estratégias ideológicas culturais, educativas e até mesmo coercitivas, a defesa de seus interesses. No entanto, até mesmo para sua manutenção na situação de classe dominante, os interesses de outros segmentos populacionais não detentores de capital precisam ser considerados. O Estado constitui-se, assim, em expressão das tensões existentes na sociedade.

O fato da hegemonia pressupõe indubitavelmente que sejam levados em conta os interesses e as tendências dos grupos sobre os quais a hegemonia será exercida, que se forme certo equilíbrio de compromisso, isto é, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativa; mas é também indubitável que tais sacrifícios e tal compromisso não podem envolver o essencial [. . .] (Faleiros, apud Gramsci, vol. 3, 2002, p. 48).

É nessa relação complexa que projetos contra-hegemônicos, que possibilitem a participação popular no interior do Estado podem levar à conquista de questões importantes para a vida da classe socialmente vulnerabilizada. No entanto, o conceito de

participação é amplo e controverso; para alguns autores a participação da população em projetos de saúde ocorre de forma assimétrica, horizontalizada, onde a população aparece como receptora de conhecimentos. E mesmo quando se faz presente o discurso de protagonismo da população, a direcionalidade das ações continua sendo principalmente do poder público. A própria população, por vezes, delega a técnicos e governantes as principais decisões sobre questões que estão diretamente relacionadas às suas vidas, o que nos leva a questionamento e indagações sobre a legitimação dessa prática. Na opinião de Victor Vicent Valla, podemos ter diferentes interpretações sobre a maneira como as pessoas das classes populares pensam e percebem o mundo, é que na maioria das vezes nós é que não sabemos interpretá-las, pois são entendidas menos por uma questão linguística, mas por uma questão de postura. Para ele duas questões são fundamentais diante dessas indagações. A primeira, a postura do profissional.

Falo de postura referindo-me à nossa dificuldade em aceitar que as pessoas “humildes, pobres, moradoras da periferia” são capazes de produzir conhecimento, são capazes de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade, e dessa forma, fazer uma interpretação que contribui para avaliação que nós fazemos da mesma sociedade (Valla, V., 2014, p. 36).

E a segunda, a nossa capacidade de entender quem está falando:

A segunda é que parte da nossa compreensão do que está sendo dito decorre da nossa capacidade de entender quem está falando. Com isso quero dizer que dentro das classes subalternas há uma diversidade de grupos (Martins, 1989) e a compreensão das suas raízes culturais, seus locais de moradia e a relação que se mantém com os grupos que acumulam capital (Valla, 2014, p. 36)

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Na área da saúde, a participação social foi implementada principalmente com o processo de municipalização ocorrido a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrendo posteriormente, também em outras áreas das ciências sociais. No modelo de descentralização administrativa ocorrida no Brasil, em que se considerem argumentações contrárias, a principal definição é a de que o real executor das ações seriam os governos municipais, os quais teriam comando único no nível local.

A implementação de mecanismos legais de participação e controle da sociedade não foi capaz, no entanto, de possibilitar o engajamento de uma grande parcela da população em questões referentes aos seus problemas de saúde, os serviços necessários e as condições para resolvê-los. A própria municipalização dos serviços, trouxe novos desafios a serem superados, como o fortalecimento do poder local (vinculados a interesses diversos) e todas as implicações para efetiva participação da população nos processos decisórios.

[. . .] a descentralização, quando entendida como a municipalização da saúde, ou como a constituição do Sistema Único da Saúde no nível municipal, não significa automaticamente a democratização da saúde, nem sua constituição como um direito universal e equânime. Até porque a tradição altamente centralizadora do Estado reproduz-se fortemente no nível local, tendendo o poder executivo a predominar e dominar sobre os demais (Cohn, 1996, p. 319).

Além disso, em boa parte das cidades brasileiras, principalmente nos grandes centros urbanos, a questão da violência tem impossibilitado a garantia de acesso a serviços básicos de saneamento, saúde e alimentação, que possibilitem condições dignas de sobrevivência, constituindo verdadeiros territórios de exceção, em que direitos sociais e de cidadania são subordinados às leis locais.

É nesse contexto que se insere a comunidade de Mangui-nhos, comunidade na qual residia boa parte dos participantes da primeira turma do curso. Um território marcado pela violência, em que a atuação das pessoas na defesa de seus direitos é limitada, e cujos dados epidemiológicos posicionam a localidade como um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do município do Rio de Janeiro. No entanto, um novo contexto político em que ocorriam altos investimentos em infraestrutura e em projetos sociais no território reacendeu a esperança de moradores na construção de outro espaço para viver.

Com esse projeto buscamos enfrentar o desafio de conjugar a perspectiva de participação social em um território com graves problemas sociais e um projeto educativo emancipatório que possibilite a troca de conhecimentos entre educadores e educandos na perspectiva de um projeto comum, reconhecendo, no entanto, todos os limites, possibilidades e contradições dessa realidade, condicionadas pelas circunstâncias históricas e interesses em questão, existem as intencionalidades dos indivíduos, mas também as condições subjacentes às relações sociais de cada sociedade. Porém sobrevive a indubitável experiência de conviver com as pessoas que ali vivem seus sofrimentos, mas também esperanças e lutas. Na fala de Paulo Freire,

A utopia exige o conhecimento crítico. É um ato de conhecimento. Eu não posso denunciar a estrutura desumanizante se não a penetro para conhecê-la. Não posso anunciar se não conheço, mas entre o momento do anúncio e a realização do mesmo existe algo que deve ser destacado: é que o anúncio não é anúncio de um anteprojecto, porque é na práxis histórica que o anteprojecto se torna projecto. É atuando que posso transformar meu anteprojecto em projecto (Freire, 1979, p. 28).

Acontecendo o curso

Precedendo a realização do curso foram realizadas três oficinas. A primeira discutiu o tema da educação popular em saúde. A segunda a participação social na saúde e a outra a questão da participação social no território de Manguinhos. A realização das oficinas contou com a participação de convidados da Fiocruz e de moradores de Manguinhos. As discussões ocorridas nas oficinas possibilitaram a elaboração da proposta curricular que norteou a construção do curso. Porém muitas questões transversais trouxeram maiores desafios ao desenvolvimento da proposta.

O andamento das obras do PAC, a implantação da política de pacificação e instalação da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) no território, a relação com a Fiocruz, entre outras questões, conferem a essa experiência algumas peculiaridades não observáveis em outras realidades.

Na discussão a seguir, iremos acrescentando algumas falas dos educandos, a fim de relacionar a discussão do tema ora apresentado aos debates em sala de aula.

Minha comunidade hoje [Manguinhos] vivencia uma “transição”, a ocupação/pacificação — e é importante conhecer meu território, a sua identidade [educando].

TRABALHO, EDUCAÇÃO E POLÍTICA LOCAL: CONTEXTUALIZANDO A EXPERIÊNCIA

A criação do Conselho Gestor Intersectorial (CGI) tem íntima relação com o projeto do Teias-Escola² Manguinhos.³

2 Conforme o Documento Preliminar do Teias-Escola Manguinhos, este projeto é fruto de uma cooperação tripartite entre o governo federal (mediante a Fiocruz), e os governos estadual e municipal do Rio de Janeiro. Objetivava-se principalmente conformar em Manguinhos um território integrado de atenção à saúde como espaço de inovação das práticas do cuidado, do ensino e da pesquisa em saúde, assim como do desenvolvimento de modelos de referência para o Sistema Único de Saúde (SUS) que possam proporcionar melhoria da condição atual de saúde da população.

3 O território ou bairro de Manguinhos está localizado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, composto por quinze comunidades, a saber: Parque

Isto porque, o CGI, como é mais conhecido, nasceu conforme seu Regimento Interno, para ser um órgão de instância colegiada, deliberativa e de natureza permanente.

O CGI começou a ser formado, no entanto, em 2009, em grande parte, em razão da exigência de criação de espaços de participação social, contida no contrato de gestão celebrado no primeiro semestre de 2010, entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), cabendo à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), a governança sanitária do Território. Ressalta-se que para atender à exigência desse edital, a Fundação de Desenvolvimento Técnico e Científico em Saúde (Fiotec), vinculada à Fiocruz, foi transformada em uma organização social (OS), seguindo a lógica de terceirização dos serviços de saúde no Brasil.

A referida exigência contratual não foi responsável num primeiro momento pela criação do CGI, mas pela organização do Grupo de Trabalho de Gestão Participativa (GT). Este GT teve duração relativamente curta, suas reuniões ocorreram apenas durante o ano de 2010 com a participação de técnicos da gestão do Teias-Escola, profissionais de diversas unidades da Fiocruz e lideranças comunitárias de Mangunhos. Entretanto, essa experiência não conseguiu garantir efetiva participação de moradores, profissionais de saúde, representantes da própria Fiocruz e, destacadamente, de lideranças e movimentos organizados locais, contrariando o que fora preconizado oficialmente nos documentos a esse respeito.⁴No entanto, contribuiu para

Oswaldo Cruz; Parque Carlos Chagas; Greenville; Nelson Mandela; Samora Machel; Nova Era; Mandela de Pedra; Comunidade Vitória de Mangunhos; Vila Turismo; Parque João Goulart; Vila São Pedro; Conjunto Habitacional Provisório 2; Comunidade Agrícola de Higienópolis; Ex-combatente; e Vila União. Segundo o Censo 2010 (IBGE), tem uma área de cerca de 535.000 metros quadrados, ocupada por 36.160 habitantes. Os serviços de saúde apontam um número maior de habitantes — 50.000.

⁴ Para maiores informações: M. Coutinho. *Um estudo a partir do processo de instituição do modelo de cogestão do Teias-Escola Mangunhos (RJ)*, 2011 — projeto institucional Faperj e a EPSJV, no âmbito do Programa de Apoio ao Ensino Técnico (Paetec). Com desdobramento em 2013 para a monografia de conclusão de ensino médio orientada pelo mesmo autor, de José R. M. de Souza. *Limites e perspectiva da participação social no Território de Mangunhos (RJ): um estudo sobre a representação dos cidadãos-usuários do Conselho Gestor Intersetorial do Teias-Escola Mangunhos (CGI)*, 2014 (Pibic-EM, CNPq).

problematização sobre as formulações que se seguiram sobre participação social no território.

Parte II
**Articulando a Rede: mudança na estratégia
de mobilização comunitária e criação do CGI
no Teias-Escola Manguinhos**

O Documento Final do colegiado do Teias-Escola Manguinhos elaborado com a colaboração do GT Gestão Participativa — “Diretrizes para Constituição do Conselho Gestor Intersetorial (CGI) no âmbito do Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias) Escola Manguinhos (2010)”, já informava que dentre uma das metas pactuadas no Plano de Trabalho para Gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde da Rede Assistencial Básica, no que diz respeito às comunidades da Área Programática 3.1 estava a criação de um conselho gestor.

A partir da extinção do GT de Gestão Participativa, começou-se a perceber a necessidade de mudança na estratégia de mobilização comunitária, visando tornar mais horizontal o processo de participação social local. Vale lembrar que a criação de um conselho comunitário para deliberar sobre as questões de saúde é anterior ao Teias-Escola, tendo surgido em reuniões do Fórum de Manguinhos.

A adoção do termo *Intersetorial* que foi agregado à designação do conselho gestor a ser criado, deu-se em função de pensar a saúde como um conceito ampliado que implica compreender e atuar em seus determinantes e condicionantes. Nesse sentido, as forças do movimento local pressionaram para garantir a participação de representantes dos órgãos gestores da saúde, assistência social e educação pelo menos no organograma do CGI.

Por sua vez, a interseStorialidade está intimamente articulada à ideia de redes sociocomunitárias e de atenção à saúde, as quais devem ser constituídas para garantir não só o acesso do usuário aos serviços públicos, mas a sua qualidade e o fluxo

contínuo de informações. Para tanto, é fundamental a integração de todos os níveis de complexidade, a partir das demandas reais da população e essencialmente, por meio dos espaços de participação social. No entanto, nem sempre a amplitude desse termo é compreendida e viabilizada.

A utilização do conceito de interesetorialidade, assim como outros termos utilizados no dia a dia das reuniões e atividades de saúde, nem sempre fazem parte do universo vocabular dos usuários dos serviços, e são compreendidas sob diferentes perspectivas. A fala de educandos que participaram da turma de 2012, traçam algumas considerações a respeito, evidenciando que o processo educativo é de interação, e que a aprendizagem ocorre de forma permanente de ação e reflexão.

No entanto, nem sempre a amplitude desse termo é compreendida e viabilizada. Para ter efetividade, a intersetorialidade não pode e não deve ficar refém das decisões de gestores que vivam fora da realidade. Em tempos de retomada das manifestações públicas, cabe consolidar e ampliar os espaços de participação e integrar as políticas públicas mediante o concreto interesse da sociedade civil. No tocante aos espaços de participação social, Scherer-Warren (1999, p. 63) postula que na gestão pública e na implementação de políticas públicas, os principais espaços têm sido os seguintes:

Canais institucionais: incluem múltiplos espaços para parcerias entre esfera estatal e civil, com atribuições de planejamento e fiscalização na utilização de recursos em políticas sociais, tais como conselhos setoriais (crianças e adolescentes, saúde, educação, etc.), fóruns intersetoriais (orçamento participativo, plano diretor, etc.), coordenadorias específicas (mulher, idosos, deficientes, etc.), programas de serviço (mutirões habitacionais, urbanização de áreas carentes, etc.). Campanhas emergenciais: têm contato com parcerias entre a sociedade civil, Estado e o mercado, destacando-se a participação voluntária de múltiplos sujeitos sociais, tal como ocorreu com a Ação da Cidadania contra a Fome, a

Miséria e pela Vida. Ações sociais voluntárias locais: destinam-se a combater carências, discriminações ou realizar programas educativos entre as populações-alvo específicas, contando com a participação de organizações voluntárias, tais como ONGs, entidades filantrópicas, religiosas e cidadãos voluntários. Fóruns: contribuem com reflexões e propostas para a formulação de políticas sociais e públicas [Scherer-Warren, 1999].

Esta perspectiva também está posta para o contexto de Manguinhos, já que os problemas e as demandas de saúde não são apenas desse setor, mas em grande medida estão associados a outros, como o da assistência social e da educação, no caso também de Manguinhos. Para tanto, o CGI potencialmente pode mediar e estimular um maior diálogo entre os diversos setores governamentais, com o objetivo de aperfeiçoar as políticas públicas que tenham o território como *locus* de implementação.

No entanto, nem sempre a amplitude desse termo é compreendida e viabilizada. Para ter efetividade, a intersetorialidade não pode e não deve ficar refém das decisões de gestores que vivam fora da realidade. Em tempos de retomada das manifestações públicas, cabe consolidar e ampliar os espaços de participação e integrar as políticas públicas mediante o concreto interesse da sociedade civil. No tocante aos espaços de participação social, Scherer-Warren (1999, p. 63) postula que na gestão pública e na implementação de políticas públicas, os principais espaços têm sido os seguintes:

Intersetorialidade, multiprofissional e Interdisciplinar são palavras muito usadas. Porém, a explicação dada foi providencial já que são faladas e não explicadas, questionadas e aí entendidas [educando].

Muito bom falar de território, um lugar onde nascemos, crescemos e morremos sobrevivendo a trancos e barrancos mais é um lugar que nos sentimos felizes e em casa [educando].

Com efeito, no período anterior à criação do CGI foram organizados diversos eventos para pensar e articular a questão da gestão participativa em Manguinhos, como a “Oficina de Gestão Participativa”, promovida pela Assessoria de Cooperação Social da Ensp, por meio do Projeto Participação Cidadã e pelo Comitê de Mobilização para a Constituição do CGI, no ano de 2011.

Inicialmente, conforme observado em campo, a estratégia não surtiu o efeito desejado, mas após a divulgação da proposta de eleição para representantes de cidadãos-usuários de Manguinhos deste conselho gestor, se deu uma intensa mobilização de lideranças locais. Este trabalho de mobilização ocorreu no segundo semestre de 2011, tendo sido realizado naquela época pela Assessoria de Cooperação Social da Ensp, com base em suas redes comunitárias. A estratégia foi de aproveitar a capilaridade sociopolítica nas comunidades e nos serviços sociais do território para viabilizar a criação do CGI de forma mais participativa.

Estratégias. Há sociedades que sem calam, sociedades que se mobilizam, sociedades que se excluem, sociedades que têm esperança. Como apresentar cidadania a todos esses tipos de sentimentos que brotam, convivem e desconhecem direitos [educando].

Para colaborar na condução do processo de escolha de representantes houve a conformação de um comitê de mobilização para a constituição do CGI, composto por membros da Assessoria de Cooperação Social da Ensp e do Fórum do Movimento Social de Manguinhos (Fórum de Manguinhos). No apoio à mobilização comunitária foi utilizado o informativo “Comunidade na Saúde” com periodicidade variada e, posteriormente, o *blog* “Participação Cidadã”.⁵

A primeira reunião do Comitê supracitado aconteceu em 18 de maio de 2011, no Centro de Referência da Juventude

⁵ O *blog* “Participação Cidadã” pode ser acessado pelo seguinte endereço: <<http://participacaocidada.blogspot.com.br/>>.

(CRJ), em Manguinhos. Firmou-se o compromisso de multiplicar os espaços locais de participação em todas as áreas de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família e de estimular o debate nos doze segmentos comunitários com representação previamente definida: Assistência social e Direitos Humanos; Criança e Adolescente; Cultura; Educação; Esporte; Grupos Étnicos e Minorizados (Negros, Deficientes, GLBT); Idosos; Religioso; Mulheres; Representações comunitárias; Trabalho Cooperativo/Geração de Renda Solidária; Saúde e Ambiente.

Em seguida, ocorreram várias reuniões em instituições locais de referência, tais como a famosa Capela São Daniel e o próprio CRJ. E, à medida que as reuniões foram se dando, aumentou gradativamente o interesse comunitário em participar e até mesmo em apresentar-se como candidato a conselheiro cidadão-usuário em um dos segmentos definidos. Outro passo importante para a constituição do CGI foi a 1.ª Conferência Local de Saúde de Manguinhos, ocorrida no dia 16 de julho de 2011 que teve a seguinte comissão organizadora: Fórum de Manguinhos; Iniciativa Teias-Escola Manguinhos; Assessoria de Cooperação Social (Ensp/Fiocruz); e Coordenadoria de Cooperação Social/Presidência (Fiocruz). Com relação ao CGI destacaram duas propostas, a saber:

* Manter a intersectorialidade do Conselho Gestor Intersectorial do Teias-Escola Manguinhos, com participação da Educação e assistência social;

* Envolver todas as denominações religiosas presentes em Manguinhos, para o processo de formação do Conselho Gestor Intersectorial (CGI) do Teias-Escola Manguinhos, por meio de convites específicos distribuídos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Mesmo quando se trata de uma conferência local de saúde, é possível perceber o importante papel indutor da Fiocruz. Há opiniões diversas pelo papel assumido pela instituição em relação à comunidade, mas claramente impactam em qualquer ação, seja de saúde ou não, no território de Manguinhos. Este cenário também está posto quando analisamos o processo eleitoral

para o CGI e suas implicações para a gestão participativa em âmbito local.

O PROCESSO ELEITORAL PARA CONSELHEIROS
CIDADÃOS-USUÁRIOS DO CGI TEIAS-ESCOLA
MANGUINHOS

O processo eleitoral para conselheiros cidadãos-usuários foi conduzido por uma comissão composta por representantes da gestão do Teias-Escola Manguinhos, da Ensp e do Comitê de Mobilização para a Constituição do CGI. A data-limite e os critérios para candidatura foram divulgados pela mídia local, boca a boca, reuniões comunitárias, também por *e-mail* e na página virtual — Informe Ensp,⁶ pela publicação virtual — “Eleição do Conselho Gestor Intersetorialdo Teias-Escola Manguinhos.

A apresentação dos primeiros interessados a uma das doze vagas deu-se ao final de mais uma reunião de mobilização comunitária no CRJ Manguinhos, no dia 14 de setembro de 2011. Esta reunião contou com aproximadamente setenta pessoas (moradores do território de Manguinhos, trabalhadores e gestores da saúde), as quais aprovaram as regras do processo eleitoral. A ideia foi de que o conselheiro eleito pudesse levar para as reuniões do CGI, demandas socialmente relevantes, além de participar de processos formativos.

No que respeita aos critérios da candidatura para os conselheiros cidadãos-usuários, puderam inscrever-se todos os moradores de Manguinhos, com dezoito anos ou mais, interessados em candidatar-se a uma vaga de conselheiro cidadão-usuário. Os locais de inscrição foram a Clínica da Família Victor Valla e o Centro Municipal de Saúde de Manguinhos. Além disso, os trabalhadores residentes em Manguinhos puderam candidatar-se como representantes dos segmentos dos conselheiros cidadãos-usuários, e os candidatos de um segmento puderam votar nos demais segmentos. A idade para votar foi dezesseis anos, o que se diferenciou da idade mínima exigida para a candidatura.

6 Endereço virtual: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/27483>>. Acesso em 14-3-2014.

Com efeito, após outras reuniões de mobilização comunitária, no dia 15 de outubro de 2011 foi realizada a disputada eleição dos conselheiros cidadãos-usuários, no CRJ Manguinhos, das 14h00 às 17h00, na qual doze conselheiros cidadãos-usuários titulares e seus respectivos suplentes foram eleitos para o CGI Teias-Escola Manguinhos, no biênio 2012-2014. Além dos 24 conselheiros cidadãos-usuários (doze titulares e doze suplentes), o CGI é composto por seis trabalhadores e seis representantes da gestão do Território, também com seus respectivos suplentes. A posse da representação comunitária ocorreu em 8 de dezembro de 2011, ou seja, quase sessenta dias após a eleição. Além disso, à sua instalação seguiu-se a criação do Conselho Gestor do Centro de Saúde-Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), vinculado à Ensp.

A representação dos gestores públicos do Território é de 25%, contempladas as seguintes representações: Coordenação da Área Programática do setor saúde (CAP 3.1/SMSDC/Rio de Janeiro); Gestor do Colegiado do Teias-Escola Manguinhos; Gestor da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Manguinhos; Gestor do Centro de Saúde-Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) da Ensp, gestor local da Educação e o gestor local da Assistência Social.

No tocante aos trabalhadores da saúde e da Educação (25%) foram contempladas as seguintes representações: Clínica da Família Victor Valla, Clínica da Família/ESF Manguinhos, Clínica da Família de Vila Turismo, UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e CSEGSF.

É possível perceber que a composição do CGI foi paritária, num total de 48 conselheiros, seguindo o formato dos demais conselhos do setor saúde, nos quais o segmento representativo da sociedade civil tem 50% dos assentos, ficando os outros 50% para ser dividido entre os demais segmentos que no caso do CGI é assim distribuído — instâncias governamentais da área da saúde, da Educação e assistência social, dos gestores dos equipamentos de saúde, representantes dos trabalhadores de saúde destes equipamentos e representante dos trabalhadores do setor Educação.

A participação social é fundamental para que haja desenvolvimento no âmbito da saúde pública, pois há um jogo de interesses a fim de que não haja uma boa saúde pública [educando].

Refletindo sobre a atuação do CGI Teias-Escola Manguinhos

No seu primeiro biênio de atuação o CGI foi analisado no conjunto do trabalho desenvolvido. Cabe destacar, inicialmente, que o CGI de início acontecia com muitas reuniões, e longos informes e discussões acerca do Regimento Interno. Essa situação provocou afastamento ou mesmo saídas de conselheiros cidadãos-usuários que tinham dificuldade de ver os seus encaminhamentos levados a cabo.

Após este momento inicial com a conclusão do Regimento Interno, apenas em maio de 2012 (quase um semestre), os conselheiros, notadamente os do segmento cidadãos-usuários começaram a pressionar com mais intensidade para que as sessões de informes fossem mais curtas e tivessem uma linguagem menos técnica. Observou-se que, mesmo com o seu Regimento Interno concluído, ainda havia dúvidas sobre o que caberia à atuação dos conselheiros. O Regimento Interno do CGI tem por finalidade atuar na formulação, monitoramento e controle da execução da política de saúde no âmbito do Teias-Escola Manguinhos, também nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção da participação social em toda a sua amplitude. Ainda segundo esse documento, compete ao CGI:

- I — Promover a integração das instituições de saúde e outros setores, e seus respectivos conselhos de gestão participativa;
- II — Avaliar e Deliberar sobre os modelos de atenção a saúde da população e de gestão do Teias-Escola Manguinhos;
- III — Aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o planejamento do Teias-Escola Manguinhos, em consonância com

as diretrizes emanadas das Conferências Territoriais de Saúde;

IV — Propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos trabalhadores do Teias-Escola Manguinhos;

V — Criar, coordenar e supervisionar Comissões Intersectoriais e outras que julgar necessárias, entre as quais Grupos de Trabalho, integradas por órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil;

VI — Deliberar sobre propostas de normas básicas para operacionalização do Sistema Único de Saúde no âmbito do Teias-Escola Manguinhos;

VII — Estabelecer diretrizes gerais e aprovar parâmetros quanto à política de recursos humanos para a saúde no Teias-Escola Manguinhos; e,

VIII — Definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do Teias-Escola Manguinhos, oriundos do Contrato de Gestão firmado com a Prefeitura Municipal.

O excessivo tempo gasto na elaboração do Regimento Interno é emblemático dos limites de atuação do CGI. Mesmo entendendo como Demo (1988, p. 92): “Cogerir, seria similar a coparticipar, significa a conquista de espaço crescente na administração do próprio destino, sem ignorar que pelo menos em parte ele é imposto”, é necessário refletir sobre o significado desta imposição, que relega a segundo plano várias pautas importantes para organização da saúde no território e também em outros serviços de referência, o que demonstra as prioridades em questão. Parte dos conselheiros cidadãos-usuários do CGI tinham pouca experiência de participação comunitária, e procuravam atender às demandas da população local, normalmente, de forma pontual. Nesse sentido, as demandas setoriais dos grupos que representam se sobrepõem às questões mais gerais da cogestão do Teias-Escola Manguinhos, como por exemplo, a referente à contratação de profissionais por Organização Social (OS).

Sou conselheira e muitas vezes me sinto engessada pela falta de governabilidade em muitos assuntos [educando].

Como conselheiros temos um papel importante junto ao território de participação, divulgação, de formação e mobilização [educando].

Um desafio para o CGI, naquele período, consistia ainda em superar a divisão interna dada por segmentos, a qual seguia a lógica setorial das políticas públicas, com discussões em grupos de trabalho específicos. Além disso, era necessário intensificar a articulação com os demais canais de participação social de Manguinhos, tais como o Conselho Gestor do CSEGSF, Conselho Comunitário de Manguinhos, Conselho Distrital de Saúde da AP 3.1 e o Fórum do Movimento Social de Manguinhos. Destacamos que as questões aqui discutidas necessitavam ser devidamente enfrentadas para garantir o contínuo aperfeiçoamento das práticas dos atores sociopolíticos envolvidos no modelo de cogestão do Teias-Escola Manguinhos, impactando positivamente as ações definidas para a afirmação do direito à saúde no nível local.

Nesse país vivemos em uma democracia fajuta onde não temos voz para falarmos o que sentimos e expressando nossos anseios [educando].

Através da organização e os movimentos populares vamos atingir nossos objetivos [educando].

Como conselheiros temos um papel importante junto ao território de participação, divulgação, de formação e mobilização [educando].

Parte III

Organização curricular, aprendizado e dinâmica de vida

Foi nesse contexto que respondemos a um edital da Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratório de Referência da Fiocruz de

fomento a projetos no âmbito do Teias-Manguinhos e consequentemente aos projetos aqui apresentados, que tinham como objetivo contribuir para a discussão e aprofundamento do processo participativo em curso no território. A organização curricular do curso foi elaborada a partir de oficinas de organização curricular, de realização conjunta entre profissionais de diversas áreas da Fiocruz, e Conselheiros do Território de Manguinhos/Conselho Gestor Intersetorial (CGI), sendo a modalidade presencial de escolha para andamento do referido projeto. A definição do corpo docente ficou a cargo da equipe responsável pelo curso, com participação de docentes da EPSJV, de outras unidades da Fiocruz e de instituições públicas parceiras. A avaliação do curso aconteceu durante as atividades de síntese de cada eixo e da síntese final do curso, além de uma avaliação final. O curso tem carga horária total de 96 horas e as aulas distribuídas em uma ou duas vezes por semana, estruturado em quatro eixos temáticos, com discussões relacionadas a organização e saúde no território, Educação popular, Estado e Política Pública, Organização do SUS e Participação Social, buscando sempre relacionar esses temas a realidade local.

A política faz parte do nosso cotidiano, e saber questionar o que está por trás do que nos é apresentado é uma forma de melhor participarmos socialmente em nosso território [educando].

Conhecer os fluxos de financiamento do SUS ajuda na hora de dialogar com o gestor e colocar as demandas [educando].

Vivemos administrados por ongs, fundações e OSS responsáveis (com aval do Estado) por fazerem o que o Estado não faz e acaba por repassar para que outros façam [educando].

Além das oficinas preparatórias do curso, cada eixo era precedido de oficinas temáticas para organização e desenvolvimento dos temas, e aproximação de educadores e educandos com a

realidade em questão. Essa prática visava à integração dos debatedores dos eixos responsáveis por cada assunto, além de fortalecer a ideia de uma aula dialogada.

Os educadores convidados foram pessoas com experiência e história de participação em projetos sociais no território de Manguinhos e no tema da gestão, o que possibilitou encontros e perspectivas de atividades futuras compartilhadas. Na aula de abertura tivemos a presença de Francisco Batista Junior, membro do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que muito contribuiu para que os conselheiros tivessem oportunidade de articular os temas locais a questões mais gerais de representação popular nas instâncias deliberativas do SUS.

PLANO DE CURSO

O catálogo atual de cursos da EPSJV tem a seguinte organização curricular:

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Curso de Qualificação em Participação Social e Gestão em Saúde — 96 horas
Coordenação: Valéria Cristina Gomes de Castro (docente e pesquisadora da Fiocruz)

Eixo 1 – Contexto Histórico e Social do Território e as Concepções de Saúde da População. Carga horária 20 horas.

Oficina Eixo I – atividade de integração e planejamento do eixo (Professores do Eixo I e discentes)

- Territorialização, Participação e Saúde.
- Organização dos espaços urbanos no Brasil e questão social.
- Concepções de saúde e doença.
- Participação Social como processo educativo.

Eixo 3 – Saúde Pública e Participação Social. Carga horária: 28 horas.

Oficina Eixo III – Atividade de integração e planejamento do eixo (Professores do Eixo III e discentes)

História da saúde no Brasil.
Reforma Sanitária e o SUS.
Participação e Controle Social em Saúde.
Intersetorialidade e saúde.
Saúde e Território.
Trabalho de sistematização do Eixo.

Eixo 2 – Estado e Políticas Públicas. Carga horária: 20 horas.

Oficina Eixo II – atividade de integração e planejamento do eixo (Professores do Eixo II e discentes)

- Estado, políticas públicas e sociedade civil.
- Participação Social e Cidadania.
- Diferentes formas de Participação Social.
- Trabalho de Sistematização do Eixo.

Eixo 4 – Participação Social e Gestão em Saúde. Carga horária: 28 horas.

Atividade de integração e planejamento do eixo IV (Professores do Eixo IV e discentes)

Desafio para participação popular na gestão em saúde e necessidades locais.
Financiamento em Saúde.
Modelos de Gestão em Saúde.
Comunicação em Saúde.
Gestão Social / Participativa em Saúde.
Trabalho final de síntese do curso.

Considerações finais

O curso foi muito bem avaliado pelos participantes que na maioria consideraram as aulas ótimas. Muitas questões foram debatidas durante o curso, possibilitando a reflexão e problematização sobre muitas experiências cotidianas, articulando teoria e prática.

UFA! Bastante interessante, pois nos fizeram pensar mais, buscar o nosso conhecimento que está íntegro em nossa mente, mas que às vezes não conseguimos explicitar.

Totalmente a relação é muito clara principalmente porque o docente tem uma real relação com o território.

Conhecer a história da Saúde é fundamental para conhecer a realidade de que nos apresenta no momento que transforma essa realidade em futuro.

Sim, porque o texto que ele trouxe para reflexão propõe exatamente o que nós temos buscado, a transformação da realidade através da educação.

A experiência docente também foi muito importante: educadores e coordenadores do curso puderam rever suas práticas e estabelecer trocas importantes com o conjunto de atores sociais envolvidos naquela atividade.

Em uma aula devemos planejá-la levando em conta os temas transversais. Às vezes ficamos tão preocupados em apresentar o *slide* todo que não percebemos a riqueza do diálogo.

O fato de todos os grupos participarem, escreverem e até questionarem me leva a achar que professores conseguiram

movimentar e ninguém se calou ou deixou de se interessar; mas, como eu citei acima, a mediação inicial foi cansativa.

Perfeita apresentação e a colocação bem definida numa forma inteligente estou aqui me sentindo cada vez mais gente diante de cada debate com boa cabeça.

Concluimos que a experiência em questão foi bastante positiva e possibilitou importantes reflexões sobre a participação local na gestão de serviços de saúde. Não nos preocupamos com o aspecto mensurável dessa experiência, ou seja, seria difícil quantificar a importância desse projeto para a mudança de práticas dos conselheiros de saúde no território, até mesmo porque vários fatores que vão além da atuação e motivação de cada um influencia essa atuação. No entanto, consideramos que houve contribuições para essa prática, além da possibilidade de articulação de diferentes projetos desenvolvidos pela Fiocruz. A própria ampliação para outras pessoas de outras comunidades do Rio de Janeiro, possibilitou a vivência dos participantes em conhecer outras realidades, ampliando a visão de que os problemas não são isolados.

Dessa forma, consideramos que a experiência formativa aqui descrita contribuiu para a construção de outros espaços de participação popular no âmbito do SUS; apesar de todos os limites e dificuldades pode fortalecer o conhecimento popular e mobilizar para a resolução dos problemas.

A partir de dezembro de 2015 o curso passa a compor as atividades de educação da Coordenadoria de Cooperação Social da Presidência da Fiocruz, com coordenação de Valéria Castro e continuidade de parceria com a EPSJV, o que irá possibilitar ampliação e melhores possibilidades de desenvolvimento do curso em outros territórios.

Como conselheiros temos um papel importante junto ao território de participação, divulgação, de formação e mobilização.

Através da organização e os movimentos populares vamos atingir os nossos objetivos.

Somos parte da sociedade civil, nos relacionamos dia a dia. Somos peça desse jogo. Nossa realidade é nossa história sendo contada.

Referências

- Cohn, A. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: Eibenschutz, C. (org.) *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 315-27, 1996.
- Colegiado do Teias-Escola Manguinhos. *Diretrizes para Constituição do Conselho Gestor Intersetorial (CGI) no âmbito do Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias) Escola Manguinhos (Documento Final do colegiado do Teias-Escola Manguinhos elaborado com a colaboração do GT Gestão Participativa)*. Rio de Janeiro, 2010.
- Conselho Gestor Intersetorial do Teias-Escola Manguinhos. *Regimento interno*. Rio de Janeiro, s.d.
- Demo, P. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. São Paulo: Cortez-Autores Associados, 1988.
- Falleiros, I.; Castro, V. & Fontes, V. Ciência e método de trabalho científico – Marx e o marxismo. In: Mattos, R. A. & Baptista, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, pp. 93-110, 2011. *On-line*: disponível em <w.ims.uerj.br/ccaps>.
- Freire, P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- Stotz, E. Participação social. In: Brasil, I. P. & Lima, J. C. F. (orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.^a ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- Valla, V. A crise de interpretação é nossa: procurando entender as falas das classes subalternas. In: *II Caderno de Educação Popular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Anexo

Atividades e Cronograma do Projeto do Curso
Cooperação: Teias-Escola Manguinhos. Vice-Presidência de Pesquisa da Fiocruz/
PDTSP

Atividade	Produto	Período previsto
1. Discussão e elaboração do projeto junto ao PDTSP-Teias-Manguinhos e demais projetos de pesquisa que compõem o projeto.	Projeto de ação sobre um curso de qualificação de conselheiros de saúde do Teias-Escola Manguinhos.	setembro de 2010 a setembro de 2011.
2. Realização de oficina entre o grupo de trabalho para discussão sobre o tema da Participação Social, Participação Social e gestão em Saúde e Processos educativos baseados na Educação Popular.	Organização de um termo de referência para a proposta do curso. Realização do seminário.	setembro a dezembro de 2011
3. Discussão da proposta curricular e elaboração do material didático inicial para realização do projeto piloto do curso.	Construção de um caderno de aluno e uma proposta básica de material didático para o curso.	janeiro a março de 2012.
4. Realização de um curso de qualificação para Conselheiros do Teias-Escola Manguinhos, lideranças locais e profissionais de saúde, preferencialmente com ensino médio e fundamental que atuem no território.	Realização de um curso. Trinta alunos qualificados além de alunos de outros cursos que participarem dos módulos temáticos.	maio a julho de 2012.
5) avaliação e sistematização do curso e do processo de construção da proposta.	Elaboração de um livro sobre os desafios da metodologia participativa utilizada na construção do projeto de construção da proposta do curso.	julho de 2012.
6. Discussão da proposta curricular e elaboração do material didático para ser discutido em outros territórios.	Construção de uma referência curricular e material didático na área da Participação Social e Gestão em Saúde.	agosto a dezembro de 2012.

Custo total do projeto para o PDTSP: R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais).

Pagamento de bolsista e despesas para realização das oficinas e um equipamento (netbook).

EPSJV: Espaço físico; material e outras despesas.

Agradecimentos especiais a todos os educadores participantes da primeira turma do curso que construíram coletivamente essa proposta.

CAPÍTULO 5
A DIALOGIA DO RISO
E A GESTÃO PARTICIPATIVA

MARCUS VINICIUS CAMPOS MATRACA
TÂNIA C. DE ARAÚJO JORGE
GERT WIMMER

o0o

ESTE TRABALHO TEM COMO OBJETIVO compartilhar experiência da Dialogia do Riso e da Gestão Participativa, no formato do Cordel Brasileiro. É um relato das experiências realizadas em Unidades Básicas de Saúde no município do Rio de Janeiro: *i*) na Estratégia Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF POP RUA); *ii*) Teias-Manguinhos e curso Saúde Comunitária: uma construção de todos; *iii*) Clínica de Família do Cantagalo, Pavão, Pavãozinho em Unidades Básicas de Saúde no município do Rio do Janeiro; *iv*) Hotel da Spa da Loucura. Além disso, relatamos também o uso da Dialogia do Riso nas duas primeiras expedições Fiocruz em locais de desenvolvimento do Plano Brasil sem Miséria, Pau D'Alho (Pernambuco) e Rio Branco (Acre). O processo de construção da Dialogia do Riso e a Gestão Participativa depende de tempo para se desenvolver, na medida em que as decisões são debatidas de forma coletiva; resultando em contratos firmados mais sólidos e produção de ações mais afetivo e efetivo. A construção do vínculo acontece no dia a dia, a partir dos bons encontros, do diálogo crítico e da solidariedade humana. Com mais de uma pessoa disponível ao diálogo, é possível refletir sobre o tema ou situação e coletivamente achar a solução que se traduza no cuidado com o outro e com o seu meio ambiente.



Senhoras e Senhores
Nos versos deste cordel
Aqui peço licença
Para abrir a conversa
De encontros e risos
Nos quais falo sem pressa.

Conto como começou
Senti falta de poesia
Na gestão dessa saúde
Na norma e na chefia
Que nos ditam essas regras
Da vida que inicia.

Pedra a me incomodar
Levou-me a questionar
O gerir com muito medo
E que nos faz congelar
Diálogo e riso
Que sentimos nos faltar.

Professor Paulo Freire
Falou da Autonomia
Do ser humano na vida
E da sua dialogia
transformando bem juntinho
O mundo com alegria.

Movido a praticar
E portanto a estudar
Dialogia do Riso
Lá fui experimentar
Com pesquisa e ação
A busca do constatar.

Riso e diálogo
Andaram sempre juntos
Construindo debate
Em diversos conjuntos
Educação popular
Nos diversos assuntos

Saúde sem Alegria
Não promove nossa vida
E sem a dialogia
É difícil essa lida
Afasta-se a saúde
Da vontade sentida.

No SUS está o lugar
aliando pesquisa
E roda dialógica
Para ter boa prosa
Respeito e alegria
De forma cuidadosa.

Na atenção básica
Saúde da Família
Pensamos na cultura
Do nosso dia a dia
Para melhor construir
Saúde com alegria.

A cultura popular
No sistema de saúde
Trouxe arte à ciência
E grande inquietude
De compartilhar saber
Pra mudar de atitude.

Brincadeira de rua
Com música no olhar
Vi gente desprovida
De alguém para escutar
O que o povo das ruas
Tinha para nos falar.

Gestão compartilhada
Faz o morro costurar
Cantagalo e Pavão
Pavãozinho e o mar
Nos três territórios
Muito saber popular

Tem planta medicinal
Numa horta saudável
Na sala de espera
Música amigável
Feita por agentes
De forma confortável

Tinha dedo de prosa
Sobre tudo que surgia
Da dengue à política
E na sua moradia
Sempre tinha visita
Com muita dialogia

E também em Manguinhos
Parceria com a gestão
Nas teias construímos
Nossa participação
Dos moradores veio
Grande mobilização.

Nas rodas que fizemos
Já pudemos ver brotar
Feiras de ciências
Com a cara do lugar
Muita expressão local
E livre manifestar.

Saúde comunitária
oficinas populares
perguntas e respostas
nossas vidas e lares
curso livre de ciências
saberes seculares.

Navegando aportamos
Nessa experiência
No Nise da Silveira
Local de transcendência
Mistura todo mundo
Afeto e ciência.

No duro hospício
De traços e rabiscos
Da arte nasce riso
E novos mexericos
Elevam-se espíritos
Ao som dos novos discos

No hotel da loucura
Tem práticas diferentes
Com ciência e arte
Todos ficam reluzentes
Diálogos horizontais
Deixa todos contentes

Todos são acolhidos
Nesse novo caminhar
Onde a coletividade
Vai se construindo ao falar
Resolvendo problemas
O riso só vem a somar

É um processo sem regras
Modelos ou Formatos
Basta abrir o coração
Para os novos fatos
Que o diálogo traz
Para os nossos atos

Praticar é bem fácil
Basta sabermos ouvir
Para o diálogo
Poder sempre existir
E o Riso mediar
O que tiver para vir.

Assim compartilhamos
A Dialogia do Riso
Que em verso e prosa
Brinca com improviso
Obrigado gente
Pelo riso e Pelo siso.

Dicas para organizar a roda:

1. Convide todos os participantes para sentar em roda, e basta mais de um estar disponível ao diálogo que naturalmente vai fluindo no coletivo;

2. Sempre procuramos permear nossas rodas com atividades artísticas, por exemplo: ler um cordel, tocar ou cantar uma música, ler um texto, fazer uma ciranda, um exercício de respiração, etc. e tal. Assim o coletivo cria momentos para descontrair, brincar e dialogar nas mais diversas formas;

3. Na roda dialógica todos têm o direito de falar e o cuidado de ouvir o outro, assim vamos desconstruindo problemas e achando as soluções coletivamente;

4. Finalize a roda com uma atividade artística com muitas palmas, para celebrar e fortalecer os laços do respeito e da diversidade humana.

5. Entre consensos e descensos a roda é uma potente e ancestral forma da humanidade organizar seus pensamentos e planejar coletivamente e, quando permeada com arte, permite a construção de novos canais de comunicação. Dessa forma propomos que sempre terminemos nossas rodas em estado de arte para que possamos renovar nossa vontade de estarmos juntos.

A construção deste cordel também foi uma experiência coletiva entre Marcus Vinícius Campos Matraca, Gert Wimmer, Ananda da Luz Ferreira e Tania C. Araújo-Jorge, onde todos puderam lançar suas palavras e no formato e regra confeccionar um “Cordel Brasileiro sobre a Dialogia do Riso e a Gestão Participativa”, com a ilustração de Sérgio Magalhães.

Relato da experiência

O desejo de contar nossa experiência no formato do Cordel Brasileiro se conecta com o nosso trânsito no campo da ciência e arte. Tivemos como inspiração a tradição do povo nordestino que de forma criativa e poética faz sérias críticas ao contexto social, com sátiras políticas e histórias fantásticas, numa linguagem popular que se traduz em rima e métrica. Não temos a pretensão de criar um modelo ou manual de práticas; queremos provocar uma reflexão sobre as formas de organização dos servi-

ços de saúde e a possibilidade de gerir coletivamente processos que promovam a equidade e a alegria no fazer.

Paulo Freire nos ensinou a educação dialógica. No dicionário encontramos que “dialogia” é “o estudo da dialética, ou seja, a arte de saber dialogar ou conversar”. A Dialogia do Riso é a aproximação e a interação pelos sorrisos gerados pela alegria do fazer junto. Freire deixa claro que é nas palavras, no trabalho, nas brincadeiras, no diálogo e na ação-reflexão que os homens, mulheres e crianças se fazem, e não no silêncio. Buscamos ações que promovam o cuidado da saúde de forma dialógica, alegre e coletiva, no lugar da lógica de restrições, obrigações e prescrições.

A Dialogia do Riso é um conceito desenvolvido em rodas dialógicas, e tem como meta a formação de vínculos, a promoção da saúde com alegria e o exercício da cidadania, brincando e compartilhando conhecimentos e saberes.

Nosso trabalho foi partilhado com a primeira equipe da Estratégia Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF POP RUA), da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro, projeto que também é conhecido como *Saúde e Movimento nas Ruas*. Este encontro foi mediado pela nossa afinidade metodológica com a educação popular em saúde e gestão participativa. Foram seis meses, entre setembro de 2010 a fevereiro de 2011 de encontros e diálogos, participando na integração dos trabalhos da ESF POP RUA com os usuários deste serviço.

Nossa aproximação com Manguinhos aconteceu entre abril e novembro de 2012, quando tivemos a oportunidade de participar do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública, o PDTSP-Teias. Participamos de muitas reuniões com o grupo de trabalho, Saúde e Esporte do Conselho Comunitário de Manguinhos, onde pudemos colaborar na realização da Olimpíada Cultural de Manguinhos, que ocorreu no dia 9 de julho de 2012 em Manguinhos. O evento foi um sucesso, com um movimento da comunidade para a realização de diversas atividades, como feira de ciências, teatro, música, expo-

sições, vídeos e tudo mais. Além disso, atuamos em rede com o curso *Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos* do Instituto Oswaldo Cruz, no qual realizamos oficinas e rodas dialógicas com moradores de Manguinhos e alunos do curso.

O trabalho na Clínica da Família do Cantagalo, Pavão e Pavãozinho, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), reconhecida e cogerida como Unidade Cultural de Saúde pelo Núcleo de Cultura Ciência e Saúde da SMSDC-RJ, iniciou as atividades em novembro de 2010 com término em janeiro de 2013. Durante este período foi possível aplicar e conferir os bons resultados da Dialogia do Riso para a Gestão Participativa. Por vários momentos o palhaço, a música, a poesia e o cinema estiveram presentes nesta Unidade. Na sua sala de espera, por exemplo, foi abolida a audiência ao canal aberto da TV e substituído por filmes como os de Charlie Chaplin, desenhos animados e *shows*. Com esta experiência na sala de espera foi possível perceber a mudança de humor das pessoas, facilitando o diálogo entre o usuário e o profissional de saúde. O jardineiro da unidade de saúde foi estratégico para uma aproximação com os usuários a partir da sua ideia de construir um intercâmbio de mudas entre frequentadores da clínica. Neste local ocorrem chás no jardim que se transformam e rodas de diálogo sobre os chás que a comunidade toma e o que mais convier. Formamos um colegiado de gestão, com reuniões semanais, onde qualquer cidadão podia participar, e algumas reuniões realizadas na sala de espera para que os frequentadores pudessem se apropriar da discussão. A gestão desta unidade era compartilhada por todos tendo como guias espirituais nossos pares da educação popular em saúde.

Nossa outra atuação foi no Hotel Spa da Loucura, projeto da Universidade Popular de Arte e Ciência localizada no Hospital Psiquiátrico Nise da Silveira, bairro Engenho de Dentro do município do Rio de Janeiro. O Hotel Spa da Loucura traz como base metodológica o teatro de rua, a educação popular, o afeto incondicional de Nise da Silveira e a busca por bons encontros onde todos somos atores, gestores, terapeutas e loucos.

No ano de 2013 iniciamos a Roda Dialógica do Som, oficina que visa promover o diálogo por meio da experimentação musical e fortalecer a livre expressão de cada participante. A oficina ocorre uma vez por semana e todos podem participar. Para isso é só formar uma roda, estender um pano no chão e colocar diversos instrumentos musicais para serem tocados. Abrimos nossas atividades com respiração profunda e naturalmente os participantes vão se apropriando da oficina, cantando, tocando e dialogando sobre diversas questões.

Outro momento em que compartilhamos a Dialogia do Riso e a Gestão Participativa foi nas Expedições da Fiocruz em locais de desenvolvimento do Plano Brasil sem Miséria. E nos dias 22 e 27 de janeiro de 2012 atuamos na cidade de Pau D'Alho, localizada na zona da mata norte de Pernambuco, e entre 10 a 14 de setembro 2012, 16 a 27 de julho de 2014 na cidade de Rio Branco no estado do Acre. Participar das expedições foi uma experiência muito rica para todos os envolvidos, pudemos promover coletivamente o encontro com diversos atores da área da cultura, saúde, educação, gestões públicas, coletivos e movimentos sociais. Coletivamente compartilhando construímos saberes com arte e ciência e promovemos a ocupação do espaço público com celebrações científicas e culturais.

A Dialogia do Riso e a Gestão Participativa dependem de tempo para se desenvolver, já que as decisões são debatidas de forma coletiva; entretanto os contratos firmados são mais sólidos e o processo de construção de ações é mais efetivo e afetivo. A construção do vínculo não acontece do dia para noite, mas no dia a dia, a partir dos bons encontros, do diálogo crítico e da solidariedade humana.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS — ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Ges-

ção Estratégica e Participativa. 2.^a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf>. Acessado em 3-10-2013.

Freire, P. *Educação como prática da liberdade*. São Paulo: Paz e Terra, 1974.

Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. 17.^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Luciano, A. *Apontamentos sobre a História Crítica do Cordel Brasileiro*. Paraíba: Edições Adaga-Editora Luzeiro, 2012.

Matraca, M. V. C.; Araújo-Jorge, T. C. & Wimmer, G. A Dialogia do Riso: Um novo conceito que introduz alegria para promoção da saúde, apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria. *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 16, n.º 10, pp. 4127 a 4138, 2011.

CAPÍTULO 6
O PAC FAVELAS EM MANGUINHOS:
REFLEXÕES SOBRE O MORAR E A MORADIA
(2008-2012)

TANIA MARIA DIAS FERNANDES
ANDRÉ LUIZ DA SILVA LIMA

o0o

Apresentação

ESTE TEXTO REFERE-SE ao trabalho desenvolvido, na Fundação Oswaldo Cruz (COC), em diálogo com outros projetos de pesquisa, de diversos campos científicos, que visando a configuração em rede se reuniram para produzir conhecimentos, de modo articulado entre si, e com objetivo principal de contribuir no processo de planejamento, implantação, monitoramento e avaliação de programas de Atenção Básica em saúde na cidade do Rio de Janeiro. De modo geral, o *locus* das pesquisas envolvidas foi o território de Manguinhos, habitado por uma população marcada pela extrema vulnerabilidade social, econômica, política e ambiental. O desafio da Rede PDTSP-Teias — Rede do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública consistiu em reorientar e articular as pesquisas de modo que as trocas e os diálogos fossem possíveis, convergindo em resultados factíveis de serem replicáveis em outros territórios.

O objetivo principal da pesquisa aqui enunciada foi empreender uma reflexão sobre o ato de morar nas comunidades de Manguinhos que receberam intervenções do conjunto de

ações governamentais intitulado Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) Favelas. Ainda que o “morar” suscite possibilidades múltiplas de reflexão, a análise e constituição do objeto estudado se operacionalizam enquanto um estudo histórico, do Tempo Presente, possibilitando diálogos com a Antropologia, a Sociologia e o Urbanismo.

O estudo em questão articula-se a uma das linhas de pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz já consolidada mediante a participação no PDTSP/Cidades Saudáveis/Fiocruz, da publicação *História de Pessoas e Lugares: memórias das comunidades de Manguinhos* (Fernandes & Gama Rosa, 2009), da parceria com o LTM/Ensp e da incorporação de aluno do Programa de Pós-Graduação da COC.¹ Nesse sentido, o presente estudo pode ser considerado um dos frutos de um processo de amadurecimento acerca de temáticas que envolvem cidades e favelas, que surgiu do diálogo entre pesquisadores de diversos campos do conhecimento, que sinalizaram a necessidade de se lançar um olhar histórico sobre as relações possíveis entre a moradia, em Manguinhos, e a saúde pública, considerando os rearranjos e intervenções públicas no espaço urbano deste território.

Manguinhos em alguns marcos históricos

A história da ocupação da área de Manguinhos, território de nosso estudo, está inserida na trajetória da maioria das favelas do Rio de Janeiro e na história da configuração das grandes cidades brasileiras, marcadas por profundas desigualdades econômicas e sociais.

Manguinhos é composto por diversas sublocalidades ou comunidades que têm histórias de ocupação distintas entre si, dadas as circunstâncias diferenciadas nas quais se inserem. Algumas delas foram constituídas como “conjuntos habitacionais provisórios”, outras, como fruto de invasões/ocupações de terre-

¹ Pesquisa sobre a atuação de Agentes Comunitários de Saúde em Manguinhos nos anos 1980. Dissertação defendida em junho de 2012 (Lima, 2012).

nos desocupados, e um terceiro agrupamento por meio de intervenções governamentais na construção de “conjuntos habitacionais” alguns de caráter provisório que se tornaram permanentes. Suas histórias podem enunciar conjunturas que delimitam o *status* de vulnerabilidade social, marcadas por

violento controle social exercido sobre a maioria de seus moradores; violação de direitos civis e políticos por aparelhos de coerção públicos e privados; pouco acesso a direitos sociais (acesso à educação, saúde/ambiente, habitação, etc.); alto desemprego e precarização acentuada do trabalho; baixa escolaridade e acesso restrito à saúde pública; condições ambientais deterioradas; população empobrecida, desprovida de capital cultural e social; políticas assistencialistas e paternalistas; cultura de massa incentivando ação individualista e fragmentada; criminalização do território (Lima & Bueno, 2010, p. 14).

A constituição espacial geográfica de Manguinhos pode ser apreciada em uma história secular iniciada nos primeiros anos do século XX, com a intensificação do povoamento de uma de suas áreas conhecida como Parque Oswaldo Cruz ou Amorim, onde originalmente existia uma fazenda de propriedade da família de sobrenome Amorim. Nessa localidade, são verificados três movimentos distintos de ocupação: o primeiro deles sob a lógica de povoamento do subúrbio carioca, um segundo, paralelo ao assentamento de trabalhadores do então Instituto Oswaldo Cruz (atualmente a Fiocruz) e o terceiro que seguiu a lógica de ocupação e uso do solo do que hoje se reconhece como favela (Fernandes & Costa, 2009).

Na década de 1940, outra localidade, conhecida como Parque Carlos Chagas ou Varginha começa a ser povoada, guardando uma relação com a construção de vias de acesso como a avenida Brasil e o projeto do conjunto Parkway Faria-Timbó, na gestão do prefeito Henrique Dodsworth (1937-1945), o qual só foi parcialmente executado, com aterramento de alguns

manguezais e retificação de parte dos rios que cortam a região. As sublocalidades Parque João Goulart e CHP2 (Conjunto Habitacional Provisório II) trazem no seu processo de ocupação o caráter de provisoriedade, com realocação de pessoas removidas de outras localidades, durante as décadas de 1960 e 1970, com construções produzidas em sua grande maioria de madeira² (Fernandes & Costa, 2009). A introdução da alvenaria na construção das habitações em Manguinhos foi difundida a partir do ano de 1983, particularmente durante o mandato de Leonel Brizola (PDT) no governo estadual.

Nos primeiros anos da década de 1990 foram inaugurados, pelo Poder Público Municipal, os conjuntos habitacionais Nelson Mandela (1991) e Samora Machel (1992). Seus ocupantes iniciais eram remanescentes de áreas de risco, como as margens do rio Jacaré,³ no Jacarezinho, ou vítimas de tragédias, como o incêndio da “favelinha”,⁴ localidade limítrofe entre o Parque João Goulart e Vila Turismo. Outra sublocalidade que emerge neste período, em 1995, foi Mandela de Pedra, em uma área que englobava dois terrenos, um pertencente à Companhia Brasileira de Correios e Telégrafos e outro à Embratel. O conjunto Nelson Mandela ficou conhecido como “Mandela I”, e os demais vizinhos, em virtude da proximidade e por ordem cronológica de ocupação, passaram a ser conhecidos como Mandela II (Samora Machel) e Mandela III (Mandela de Pedra).

As dificuldades econômicas enfrentadas pela população da região, o aumento da criminalidade, especialmente em crimes de seqüestros, contribuíram para a mudança de algumas empresas da região. A Embratel, que deixou de ser empresa pública em

2 Tal característica presente nas habitações desta localidade são indícios de que o Poder Público compreendia o uso e a ocupação do solo em Parque João Goulart e no CHPII como temporários.

3 As chuvas de 1988 deixaram centenas de famílias desabrigadas nas favelas do Rio de Janeiro. O Jacarezinho era uma destas, especialmente de quem morava próximo ao rio Jacaré.

4 Parte significativa destes desabrigados pelo incêndio ficaram alojados provisoriamente no Ciep JK até meados de 1992, onde algumas famílias foram para o Cohab Nelson Mandela e outros para o Parque das Missões no município de Duque de Caxias.

1998, foi de modo gradativo desocupando o terreno e os prédios onde se localizava e o espaço deu lugar a uma ocupação que recebeu a identificação dupla de Embratel ou Samora II. Esta foi removida no contexto do PAC Manguinhos e deu origem a um condomínio de prédios de apartamentos também com a denominação de Embratel.

Outra empresa, que ao ser desativada, teve seu terreno ocupado pela população vizinha foi a Companhia Nacional de Abastecimento, (Conab) em 2002. Situada na rua Leopoldo Bulhões, na calçada oposta aos Correios (CCT), a referida localidade também foi alvo do PAC Manguinhos e até o início de 2015 encontrava-se em processo de construção de Novas Unidades Habitacionais.

A Cooperativa Central de Produtores de Leite (CCPL) localizada em Benfica se deparou com processo similar ao das demais empresas e em seus terrenos foi construído um condomínio de apartamentos, com incorporação ao PAC Manguinhos.

O processo de mudanças na região de Manguinhos respondeu a uma série de especificidades conjunturais com semelhanças e diferenças e enfrentou inúmeros projetos urbanísticos, além de longos momentos de abandono. O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), mais recente projeto urbanístico governamental, implementado pelo Governo Federal com parceria dos governos estadual e municipal, vem direcionando mudanças com mecanismos de imposição e negociação em várias áreas de Manguinhos.

PAC Favelas em Manguinhos

No dia 7 de março de 2008, o então presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, em cerimônia pública na rua Leopoldo Bulhões, em Manguinhos, procedeu ao lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento para a região, que ficou registrado informalmente como PAC Manguinhos. Houve, naquele momento, a explicitação de compromissos, tanto do

Governo Federal, como do estadual, para a construção de novas habitações, urbanização de vias e becos e instalação de equipamentos públicos, cumpridos parcialmente até a presente data.

Esses compromissos que envolviam, além de construção de habitações e de obras de saneamento e urbanização, também, a instalação de novas escolas, a criação de espaços de convivência, a ampliação de oportunidades de empregos e de geração de renda, foram recebidos com desconfiança por muitos moradores, em especial os envolvidos nos movimentos sociais, e com expectativa de melhoria das condições de vida por outros dos que ali residiam. As expectativas ante as intervenções do PAC suscitaram pesquisas de Organizações Sociais interessadas no tema, como por exemplo, os estudos elaborados pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase). Esta, no final de 2008, em parceria com a Fundação Getúlio Vargas (FGV) empreendeu uma análise que envolvia moradores de Manguinhos e também de outros bairros, sob o título “Dimensões da cidade: favela e «asfalto»” (Ibase e CPDOC-FGV, 2009). Ficou evidenciado que 72% dos moradores de Manguinhos, entrevistados em 2009, consideravam como alta a chance do PAC de cumprir seus objetivos. Vale mencionar que nos meses em que se desenvolveu a referida pesquisa, cerca de mil e duzentos moradores das Comunidades de Manguinhos trabalhavam nas obras do programa ou nas iniciativas promovidas pelo Trabalho Social do PAC.⁵ O outro público analisado (por meio de entrevistas), ou seja, os moradores do “asfalto”, em direção oposta, num percentual de 59%, afirmaram ser baixa a chance de o PAC favelas cumprir seus objetivos (Ibase e CPDOC-FGV, 2009).

Em Manguinhos, as intervenções do PAC foram divididas em subprojetos, alguns advindos da parceria Governo Federal e Estadual, outros sob responsabilidade do Governo Federal e Municipal. As localidades Vila Turismo, CHP II, Conjunto

⁵ Por exigência do Ministério das Cidades, as intervenções urbanísticas deveriam ser acompanhadas de um Trabalho Social, compreendendo a Gestão dos Impactos das Obras e do fomento e estímulo de ações de Geração de Trabalho e Renda e Educação Ambiental-Sanitária.

Nelson Mandela e Conjunto Samora Machell receberam intervenções do PAC Favelas, operacionalizadas pela parceria entre os governos municipal e federal, enquanto outras localidades, como Parque João Goulart, Embratel e Vila União, tiveram as intervenções subordinadas à parceria do Governo Federal com o Governo do Estado. Há ainda localidades que receberam intervenções de ambos os governos, como é o caso do Mandela de Pedra, e outras que não receberam nenhuma intervenção no âmbito do PAC, como o Parque Carlos Chagas (Varginha) e Parque Oswaldo Cruz (Amorim).

Este formato de implantação do Programa por subprojetos potencializou uma atuação fragmentada no território, que por vezes resultou em sobreposição de ações das distintas equipes do Trabalho Social. Em Mandela de Pedra, por exemplo, a existência de dois projetos, que durante meses não conseguiram estabelecer um acordo quanto às delimitações espaciais de sua atuação, dificultou a explicitação, para uma parte dos moradores, quanto a realocação ou não de suas moradias. Situada à beira do canal do Cunha, nesta sublocalidade, marcada pela ausência do saneamento básico e com edificações em geral de madeira, a grande maioria da população manifestava o interesse em ser remanejada para outras habitações, ou sinalizavam com questionamento os valores propostos pelo governo para o ressarcimento do valor de suas moradias. O Governo do Estado iniciou seu trabalho a partir de um logradouro principal, que foi considerado pelos moradores como o “início da comunidade” na rua Leopoldo Bulhões, avançando em direção ao interior da favela. A Prefeitura, por sua vez, optou pelo caminho inverso, iniciando sua atuação a partir dos limites do Conjunto Nelson Mandela, seguindo em direção à rua Leopoldo Bulhões. Em certo momento, os projetos se encontraram fisicamente, e os técnicos das duas instâncias tiveram dificuldade na construção de um consenso quanto às suas áreas de atuação, o que provocou a paralisação temporária das intervenções.

Outro dado relevante é que durante o anúncio, ainda preliminar, das intervenções do PAC em Manguinhos, lideranças

comunitárias empreenderam uma série de reuniões entre si e com o poder público. No decorrer destas, localidades como CCPL, Vila União, Vila São Pedro e Comunidade Agrícola de Higienópolis, não situadas no espaço de delimitação legal do Bairro de Manguinhos, passaram a reproduzir um discurso que buscava integração no Complexo de Manguinhos, na perspectiva de serem incluídas no conjunto das obras do programa, o que possibilitou a ampliação da área de ação do programa. Essa dinâmica fortaleceu a noção ampliada do território de Manguinhos enquanto um “complexo de favelas” em detrimento dos limítrofes designados pelas disciplinas legais vigentes.

O PROCESSO DE REALOCAÇÃO/REMOÇÃO

O PAC Prefeitura incorporou, em sua atuação, poucos casos de remanejamento de moradores, ao contrário da intervenção do PAC Estado,⁶ que assumiu a transferência de famílias, tanto por estarem situadas em localidades inadequadas à habitação, como por ocuparem espaços que comprometessem o avanço das obras. Cabe aqui mencionar uma disputa simbólica verificada neste processo, o qual alguns moradores e líderes comunitários identificam como remoção ao passo que outros, posicionando-se politicamente a favor da política estatal, adotam a nomenclatura difundida na mídia oficial do Governo do Estado de realocação.

A Comunidade Embratel, uma das que centramos em nosso estudo, foi removida ou realocada integralmente, pelo Governo do Estado, dando lugar a um conjunto de prédios. Os moradores, segundo diretrizes de um Decreto Estadual, puderam estabelecer opção: receber indenização, participar de uma “compra assistida” ou aguardar a construção das novas unidades habitacionais mantendo-se na delimitação do Complexo de Manguinhos.

Nessa perspectiva, é válido afirmar que o processo de implementação dos projetos preconizados pelo PAC está

⁶ Assim ficou nomeada a atuação do PAC quando implementado a partir da Parceria Governo Municipal e Federal.

permeado por disputas políticas entre os diversos atores sociais constituídos localmente; alguns se posicionam de maneira alinhada com as proposições de governo, outros de maneira contrária, coexistindo, ainda, aqueles com definição dúbia — entre o apoio e a oposição —, conforme conveniência. Considerando Manguinhos um mosaico de localidades com histórias distintas, e o fato de o PAC em Manguinhos ter sido dividido em sub-projetos, o processo de realocação/remoção também foi operacionalizado de maneiras diferenciadas; por exemplo, na localidade Parque João Goulart,⁷ não houve a possibilidade de opção por nova unidade habitacional.

Laços de parentesco e de vizinhança, redes de solidariedade e relações econômicas (incluindo a subsistência de muitas famílias) daqueles que já ocupam, ou vão ocupar, os imóveis construídos, se desestabilizam em ações como estas, se deparando com constante processo de reconfiguração. O discurso estatal se constrói na afirmativa de que as intervenções urbanísticas promoverão o bem-estar das famílias em Manguinhos, o que diminuiria a precariedade absoluta vivenciada por muitos residentes. Uma questão que se levanta, neste contexto de intervenções do PAC, e a dúvida quanto as reais possibilidades de superação do estado de vulnerabilidade social das famílias realocadas. Este é um dos pontos importantes para o debate que pretendemos fomentar.

Outra questão relevante diz respeito à adoção do termo “exclusão” social, recorrente, tanto nas notícias expressas em jornais como em artigos acadêmicos, para designar a situação social, econômica e política dos moradores das favelas. Ainda que o termo “exclusão” seja detentor de significados distintos dependentes do local e do sujeito que os enuncia, entendemos que, comumente, ele designa um “estado”. Dessa maneira, analisando a história das localidades de Manguinhos, seu processo de constituição, as estratégias adotadas por estas populações para sobreviver ante a precariedade/ausência dos serviços públicos,

7 A única exceção foi o remanejamento de moradores que residiam numa localidade limítrofe do Parque João Goulart, sobre a adutora da Cedae, que receberam unidades habitacionais no Desup.

optamos por uma análise que se aproxima do proposto pelo sociólogo francês Robert Castel, situando tais populações sob um processo de vulnerabilidade.

Basicamente, exclusão é uma concepção que nega a história, que nega a práxis e que nega à vítima a possibilidade de construir historicamente seu próprio destino, a partir de sua própria vivência e não a partir da vivência de outrem. [. . .) A ideia de exclusão pressupõe uma sociedade acabada, cujo acabamento não é por inteiro acessível a todos. Os que sofrem essa privação seriam os excluídos (Martins, 2002, pp. 45-6).

Nessa direção, Castel (1997) sugere que adotemos um olhar que considere as dinâmicas da precarização, da vulnerabilidade e da marginalização, e não de exclusão. No seu artigo “A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação”, o autor ressalta que essas situações marginais têm origem no processo de desligamento em relação ao trabalho e à inserção social. Haveria, então, neste duplo processo de desligamento, três formas de degradação que, reunidas, originam três zonas: *de integração* (marcada pelo trabalho estável e forte inserção relacional), *de vulnerabilidade* (caracterizada pelo trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais) e *de desfiliação* (ausência de trabalho e isolamento relacional). O sociólogo ainda distingue uma quarta forma: a *zona de assistência*, na qual se insere o tratamento dado aos indigentes inválidos (1997, p. 23). Nesta perspectiva, encontram-se nas favelas, grupos da população local que vivenciam um *déficit de integração* e, portanto, estão “ameaçadas de exclusão”. Tais processos de marginalização podem resultar em exclusão propriamente dita, ou seja, num tratamento explicitamente discriminatório.

As reflexões elencadas na pesquisa dizem respeito ao processo de integração, vulnerabilidade e desvinculação sociais, subsidiadas por depoimentos orais coletados de moradores dos Conjuntos da Embratel e do Desup.

CONJUNTO HABITACIONAL EMBRATEL

Nosso contato com a comunidade Embratel, localizada em terreno originalmente pertencente à empresa Embratel, é anterior à realização das obras do PAC, em visita a ela e entrevista realizada com uma liderança comunitária em 18 de abril de 2008), que representava o centro das negociações pelas novas casas, quando o espaço ainda estava ocupado por barracos de alvenaria e de outros materiais frágeis dando às moradias característica de provisoriedade. As negociações promovidas pela liderança entrevistada, para a definição dos moradores que seriam alocados na Embratel, seguiam o estilo “troca de favores”, pois envolviam pagamento em dinheiro, como foi detectado posteriormente.⁸ Na entrevista, ele nos descreveu o processo de ocupação, já deixando claro seu papel como liderança, sem, no entanto, explicitar as relações que estavam sendo construídas.

Uma segunda visita da equipe da pesquisa ocorreu em 2011 quando toda a área já havia sido desocupada e os novos prédios estavam prontos e habitados pelos moradores realocados. Uma observação imediata é que, na entrada do conjunto, havia hastes de ferro colocadas como barreira para dificultar a entrada de veículos, em especial da polícia, o que denotava ocupação por grupos vinculados ao tráfico de drogas, percebido também pela circulação de homens armados. Acompanhada de um morador recomendado pela liderança local, todo o processo de registro fotográfico e de entrevistas foi monitorado.

Neste terreno foram construídos treze blocos de apartamentos, com 26 prédios de quatro andares. As unidades construídas, compreendem 42 m², com dois quartos, sala, cozinha e banheiro, não apresentando área destinada aos serviços de limpeza. A cozinha é percebida pela totalidade dos moradores contatados como pequena, dificultando assim, seu aproveitamento duplo (cozinha e área de serviço). Aparentemente as construções são bastante frágeis e pouco tempo depois de ocupadas já apresen-

⁸ Vera Araújo. Líder da favela do Mandela é preso por negociar apartamentos do PAC. *O Globo*. 2.ª edição. Rio de Janeiro, 21-1-2012.

tavam vários problemas nas conexões de água e esgoto, com forte cheiro eliminado dos ralos, mesmo nos apartamentos dos últimos andares. As varandas, construídas como reivindicação dos moradores, para secagem de roupa, é de difícil utilização, com pouco espaço e a porta com abertura para fora, pois a área interna é extremamente pequena. As escadas não apresentam iluminação e os corredores entre os apartamentos não apresentam portões e trancas. As janelas e portas, segundo depoentes são consideradas frágeis, gerando o temor de possíveis furtos. Apesar da construção de áreas de lazer, com quadras de esportes, os depoentes narraram que a falta de cobertura inviabiliza o seu uso no período da tarde, diante do calor excessivo, ou de falta de proteção, em dias chuvosos.

O churrasco na laje das casas, que anteriormente marcava uma atividade social importante entre vizinhos e amigos, tão comum na periferia do Rio de Janeiro, e também nas favelas de Manguinhos, não foi considerado pelos arquitetos no desenho do projeto. Não há destinação para encontros, como salão de festas, ou churrasqueiras coletivas, presentes em outros projetos residenciais. As correspondências recebidas formalmente de empresa de correios, também não foram consideradas no projeto que não contava com caixas para seu recebimento.

Para os depoentes contatados nesta pesquisa, a titularidade do imóvel é uma questão importante, diante da fragilidade da oficialização da moradia, por não possuírem documento formal de propriedade. Na realidade existe um documento intitulado Autorização Provisória de Ocupação (APO),⁹ que impediria a venda ou aluguel dos imóveis pelo período de cinco anos, e a utilização como estabelecimento comercial ou industrial, que no entanto, não serve plenamente como barreira para a contratação. Apesar da restrição ao uso residencial para famílias realocadas, alguns moradores não são originalmente da antiga Embratel, residindo como inquilinos, ou mesmo como proprietários “informais”, reproduzindo o sistema anteriormente vigen-

9 Portaria 96/2012, do Iterj (Instituto de Terras do Rio de Janeiro).

te nas comunidades. A apropriação informal caracteriza também o tipo de uso do imóvel para a comercialização de gêneros alimentícios nas residências situadas no primeiro pavimento.

Ao longo das entrevistas e contatos com moradores detectamos, também, insatisfação quanto ao processo de participação social instituído na relação com o poder público. O coletivo Fórum de Manguinhos¹⁰ denunciou este aspecto em diversas oportunidades, nas reuniões coletivas, em redes sociais na internet ou por meio de divulgação de material impresso.

Conclusões

A inserção deste estudo em um programa que visava construir conhecimento compartilhado em forma de *Rede* simbolizou participar, sem dúvida, de um desafio, ainda em processo. A construção de projetos que estabelecem conexões e partilham produtos não constitui uma rede propriamente, mas sem dúvida é um exercício valioso que pode possibilitar a configuração proposta. Alguns resultados foram alcançados, porém julgamos que etapas importantes ainda necessitam ser superadas para que a “TEIA” proposta possa, de fato, ser vislumbrada.

A proposta deste projeto, especificamente, foi de apontar considerações a respeito do morar e da moradia em Manguinhos, considerando que o debate em torno do tema envolve a arte histórica da (re)invenção do espaço urbano. O período de cerca de dezoito meses de produção desta pesquisa, sem dúvida, não foi suficiente para elaborar as questões postas em pauta, tanto pelo tempo exíguo, quanto pela própria história construída no espaço, com falta do cumprimento de agenda pelas instâncias governamentais no processo de reocupação do território.

Morar em Manguinhos, como em geral nas comunidades populares no Rio de Janeiro, significa sem dúvida deparar-se

10 O Fórum de Manguinhos é um coletivo que emerge no ano de 2007 como estratégia, de diversos atores locais, para estabelecer um canal participativo na condução do PAC em Manguinhos.

com instabilidade, tensões e exercícios de poder praticados de diversas formas e de variadas origens, até mesmo pelo Estado. As inscrições visualizadas nas portas de algumas casas indicando a remoção sinalizam que o futuro não pertence àqueles que ali habitam. A insegurança marcou grande parte da vida de moradores com relação ao local de moradia, referência concreta na existência da maioria das pessoas.

Os atores desta história — moradores de Maguinhos — tiveram suas vozes emudecidas por longos períodos de silenciamento diante da incerteza do morar. Acreditamos que a superação do silêncio é uma das formas de alcance da transformação da sociedade, e esperamos poder contribuir com este processo de geração de mudanças.

Referências

- Bonduki, N. Articulação de políticas setoriais e ampliação dos recursos para intervenções urbanas socialmente justas e sustentáveis. Conferência Municipal da Cidade de Vitória (ES), julho, 2007.
- Brasil. *Constituição da República Federativa da República Federativa do Brasil*. 1988. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br>>. Acessado em setembro de 2010.
- Ministério das Cidades. *Guia para a elaboração de planos municipais de regularização fundiária*. Brasília, 2010.
- *Matriz de Indicadores para Avaliação do Pós-Ocupação dos Projetos Piloto de Investimento Intervenção em Favelas*. Brasília: Ministério das Cidades, 2008.
- Caixa Econômica Federal (2012). Sítio Institucional.
- *COTS – Caderno de Orientação Técnico Social*. Brasília: CEF/Sudup/Gepad. Agosto, 2012.
- Castel, R. A dinâmica dos processos de marginalização: Da vulnerabilidade à “desfiliação”. *Cadernos CRH*, vols. 26/27, pp. 19--40, 1997.
- *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- Di Villarosa, F. N. et al. *Manual para trabalho social em urbanização de Favelas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro/Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (no prelo).

- Fernandes, T. M. & Costa, R. G.-R. *Histórias de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. vol. 1. 230 p.
- . As comunidades de Manguinhos na história das favelas no Rio de Janeiro. *Revista Tempo*, vol. 17, n.º 34, 2013.
- Ferreira, J. S. W. & Uemura, M. M. *Política urbana. Curso a distância: ações integradas de urbanização e assentamentos precários*. Módulo I. Disciplina I. Ministério das Cidades, 2008.
- Ferreira, M. M. Entrevista realizada por Marco Aurélio Santana e Verena Alberti em Istambul, Turquia em 17 de junho de 2000. *História Oral*, São Paulo, n.º 4, pp. 165-76, jun. 2001.
- Governo do Estado do Rio de Janeiro. Escritório de Gerenciamento de Projetos do Governo EGP/Rio - Secretaria de Estado da Casa Civil. Sítio Institucional.
- . *Plano de desenvolvimento sustentável para Manguinhos*. Rio de Janeiro, 2012.
- Ibase e Cepdoc-FGV. Dimensões da cidade: favela e “asfalto”, 2009. Disponível em <www.pactopelacidadania.org.br>. Acessado em 20-4-2012.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Censo demográfico: resultados preliminares*. Brasília, 2012.
- Instituto de Pesquisas Aplicadas (Ipea). Pobreza, desigualdade e políticas públicas. *Comunicado da Presidência*, n.º 38, 12 de janeiro, 2010.
- . *Políticas sociais – acompanhamento e análise*. Brasília, 12 de fevereiro, 2006.
- Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP). *SABREN – Sistema de Assentamentos de Baixa Renda*.
- . *Sítio Institucional*.
- . *Armazém de dados*.
- Lima, A. L. S. L. *Agente comunitário de saúde: um capítulo de sua história em Manguinhos (1986-1989)*. Mestrado – PPGHCS – COC/Fiocruz, 2012.
- Lima, C. M. & Bueno, L. B. (orgs.). *Território, participação popular e saúde: Manguinhos em debate*. Rio de Janeiro, Ensp/Fiocruz: 2010.
- Martins, J. S. *A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza, classes sociais*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- Ministério das Cidades. *Trabalho social e intervenções habitacionais: reflexões e aprendizados sobre o Seminário Internacional*. Brasília: Ministério das Cidades/Secretaria Nacional de Habitação/Aliança de Cidades/Banco Mundial, 2010.

Ministério das Cidades. Sítio Institucional.

Paz, R. D. O. & Taboada, K. J. *Trabalho social em programas e projetos de habitação de interesse social. Ensino à Distância – EAD*. Brasília: Ministério das Cidades, setembro, 2010.

Pivetta, F. & Firpo, M. *PAC Manguinhos: como promessa, como desconfiança e como esperança*. Disponível em <www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br>. Acessado em 10-10-2012.

Ribeiro, L. C. Q. Dinâmica socioterritorial das metrópoles brasileiras: dispersão e concentração. In: Instituto de Pesquisas Aplicadas – Ipea. *Políticas sociais – acompanhamento e análise*. Brasília, 12 de fevereiro, 2006.

Silva, L. A. M. A continuidade do “problema da favela”. In: Oliveira, L. L. (org.). *Cidade: história e desafios*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

Valladares, L. P. Que favelas são essas? *Insight Inteligência*, n.º 8, ago.-out., 1999, pp. 63-68.

CAPÍTULO 7
TRABALHO “CO-LABORATIVO”: O RIGOR
METODOLÓGICO NECESSÁRIO PARA GERAR
EFEITO MAIOR QUE A SOMA DAS PARTES

MARIA DAS MERCÊS NAVARRO VASCONCELLOS
MARIA PAULA DE OLIVEIRA BONATTO

oOo

O plano se faz com o querer, com saber
e com o fazer de todos.

— GANDIN, 1994

A FRASE DA EPÍGRAFE expressa a essência do tema desse texto que apresenta uma metodologia construída com base na reflexão sobre a experiência do Projeto Tecendo Redes por um Planeta Terra Saudável. Este projeto é um trabalho colaborativo entre museus e escolas da Rede Pública do Sistema Municipal de Ensino do Rio de Janeiro que se localizam em regiões vizinhas a estes. Seu principal objetivo é ampliar as possibilidades das colaborações institucionais e interinstitucionais no enfrentamento da situação de vulnerabilização social que caracteriza os territórios nos quais vivem os estudantes atendidos por essas escolas.

Esse projeto teve início em 2007 em três localidades da cidade do Rio de Janeiro,¹ mas no presente texto o foco é o trabalho

1 Polo São Cristóvão (Museu de Astronomia e Ciências Afins em colaboração com o Colégio Pedro II e Escolas Municipais da 1.ª Coordenadoria Regional de Educação [CRE]).

— Polo Jardim Botânico (Núcleo de Educação Ambiental do Instituto de Pesquisa Jardim Botânico do Rio de Janeiro em colaboração com Escolas Municipais da 2.ª CRE).

— Polo Manguinhos (Museu da Vida/COC/Fiocruz em colaboração com Escolas Municipais da 3.ª e 4.ª CRE).

entre Museu da Vida/COC, com trabalhadores de outros setores da Fiocruz e com escolas públicas do território no qual se localiza essa instituição (Polo Manguinhos²).

O objetivo que se busca alcançar é o de contribuir para a construção de uma cultura de trabalho “co-laborativo”³ entre pesquisadores, trabalhadores que atuam no serviço público e moradores de territórios socialmente vulnerabilizados visando fortalecer processos de produção cultural, social e política da saúde.

A cada ano é feito um planejamento coletivo entre trabalhadores, estudantes e pesquisadores que se articulam nessa rede institucional e interinstitucional. Nesse trabalho colaborativo são diversas as atividades educativas que se concretizam por meio de estudos, diálogos e pesquisas sobre a realidade de vida dos alunos das escolas públicas do território. Não sendo possível, aqui, apresentar toda a diversidade dessas atividades, optamos por explicitar as linhas gerais da dinâmica da “co-laboração” entre o Museu da Vida e as escolas públicas de Manguinhos e Maré no âmbito do Projeto Tecendo Redes por um Planeta Terra Saudável.

* “Primeiro”⁴ momento — antes da visita ao museu

Os professores realizam com as turmas uma atividade na qual os estudantes preenchem uma ficha diagnóstica com questões que buscam identificar a visão que eles possuem sobre a realidade de vida local/global e uma questão específica relacionada ao tema da “Semana Nacional de Ciência e Tecnologia”. A proposta é a de problematizar o tema a partir da realidade local buscando identificar os conhecimentos de C&T que contribuem para o entendimento sobre causas, consequências e possíveis soluções para os problemas socioambientais que caracterizam os territórios nos quais residem os estudantes. Ao se estabelecerem rela-

2 Para se informar sobre esse território, vale acessar: <<http://www.conhecendo-manguinhos.fiocruz.br>> e <[https://www.facebook.com/pages/Territ% C3%B3rio-em-Transi/207687699309381?fref=ts](https://www.facebook.com/pages/Territ%C3%B3rio-em-Transi%C3%A7%C3%A3o/207687699309381?fref=ts)>.

3 A grafia desse termo e seu sentido pedagógico dado por Paulo Freire serão explicados na segunda parte do presente texto.

ções entre os temas da Semana Nacional de C&T (SNCT) e a visão dos estudantes sobre a realidade de vida local/global se pretende também provocar uma visão crítica sobre os temas escolhidos internacionalmente.

Sob orientação internacional, a Semana Nacional de C&T tornou-se também uma política pública nacional do campo da Popularização da Ciência, no qual o projeto atua. A problematização feita em relação aos temas da SNCT tem como base pesquisas que indicam que há forte tendência de que os temas utilizados sejam construídos de forma que repercutam nos Museus e Centros Interativos de Ciências a agenda dos organismos internacionais comprometidos com os interesses do mercado e alienados às prioridades socioambientais de cada local. Sobre essa perspectiva ver a tese de Bonatto sobre as políticas públicas para Centros Interativos de Ciência e Tecnologia (no endereço eletrônico: <bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4365>).

A ficha, apresentada a seguir,⁴ é a base, a ser adaptada para a construção de um projeto coletivo que parte de um diagnóstico acerca da realidade local, estabelecendo relações com a realidade do país e do mundo. Essa ficha foi construída e utilizada em uma longa trajetória de trabalhos colaborativos de diversos coletivos e a partir da proposta de planejamento participativo elaborada pelo professor Danilo Gandin (Vasconcellos, 2008b). Essa metodologia de planejamento participativo está muito bem apresentada no livro *A prática do planejamento participativo* (Gandin, 1994) e no artigo “A posição do planejamento participativo entre as ferramentas de intervenção na realidade” (Gandin, 2001). Com essa abordagem se pretende avançar no enfrentamento da problemática socioambiental estabelecendo relações entre os problemas socioambientais de territórios socialmente vulnerabilizados com os problemas regionais e planetários.

4 Esse é o modelo básico da ficha, mas ele é adaptado aos contextos específicos onde ela é utilizada.

Ficha diagnóstica	Como é hoje?	Como gostaria que fosse?	O que fazer para mudar?	O que é preciso saber para fazer?
O planeta Terra (ambiente: físico e social)				
O Brasil (ambiente: físico e social)				
O lugar onde mora (ambiente: físico e social)				
A escola (ambiente: físico e social)				

CONSIDERAÇÕES SOBRE A UTILIDADE DA FICHA

1. Dessa forma a ficha contribui para a construção de um sentido coletivo socialmente relevante e portanto motivador para o trabalho do grupo;

2. A construção coletiva do projeto do trabalho a ser desenvolvido contribui para evitar a fragmentação do trabalho no momento da divisão de tarefas entre os componentes do grupo;

3. Amplia as possibilidades de superação dos processos de alienação no desenvolvimento do trabalho educacional;

4. Esse instrumento favorece a agilidade no processo de construção de levantamento de concepções, ideias, propostas, contribuindo para a ampliação da participação no contexto do planejamento coletivo;

5. Uma maior agilidade nesse processo contribui para a ampliação do nível de participação na construção do projeto coletivo;

6. O processo de participação contribui para que os indivíduos se percebam como seres sociais pois as relações com o coletivo propiciam o desenvolvimento da consciência crítica sobre a sua condição de sujeitos históricos;

7. Tomar como ponto de partida do trabalho educativo a discussão sobre as causas, consequências e possíveis soluções dos problemas identificados pela comunidade escolar torna mais efetivo o processo de construção de conhecimentos;

8. O fato de o trabalho se constituir a partir de um projeto coletivo favorece o processo de avaliação, inovação e ajustes necessários ao aperfeiçoamento desse;

9. Finalmente essa ficha contribui para a construção de uma visão mais ampla do coletivo sobre a realidade e sobre o posicionamento do grupo em relação a esta.

* Segundo momento — na visita ao museu

Os educadores do museu, em colaboração com os educadores das escolas, propõem atividades educativas elaboradas com base na análise do que foi expresso pelos estudantes nas fichas diagnósticas e nos objetivos educacionais do projeto. O objetivo principal da visita é provocar nos alunos motivação intrínseca que os instigue a refletir sobre as relações entre a tema da “Semana Nacional de Ciência e Tecnologia”, os temas das exposições visitadas com as problemáticas socioambientais explicitadas nas fichas diagnósticas.

A “motivação intrínseca” (Tapia, 2001) é aquela a partir da qual as pessoas realizam as tarefas motivadas pelo seu envolvimento com a atividade em si. Ou seja, a sua meta é alcançada na realização da tarefa e não em algo que está fora dessa atividade. Este tipo de motivação ocorre quando a proposta de trabalho vai ao encontro da satisfação das necessidades do sujeito. Essas necessidades são satisfeitas, por exemplo, quando o sujeito sente que está atuando de forma autônoma, autodeterminada, competente e consciente das razões que justificam a realização da atividade. Pesquisas sobre motivação indicam que a “motivação intrínseca” é a que favorece maior aprendizagem e engajamento dos atores envolvidos (Deci, 2000). Outro tipo de motivação é a extrínseca, na qual a pessoa se envolve na atividade, não pela proposta educativa em si, mas para conquistar algum objetivo que se encontra fora dela (exemplo: ganhar um prêmio que pode ser uma nota para passar de ano ou qualquer outro tipo de recompensa fora da atividade).

Assim, a motivação intrínseca que buscamos provocar na visita está relacionada à visão que os participantes adquirem de que o museu reconhece como base para as atividades oferecidas a construção coletiva realizada anteriormente pelos estudantes, voltadas para a solução dos problemas considerados por eles prioritários para a melhoria da realidade local-global.

*** Terceiro momento — no retorno à escola**

A proposta é a de que a motivação provocada pela visita ao museu favoreça o envolvimento dos alunos nas atividades educativas de continuidade dos estudos e reflexões decorrentes das ações desenvolvidas nos momentos anteriores. Faz parte desse trabalho desenvolvido nas escolas, atividades educativas realizadas em colaboração com outros trabalhadores da Fiocruz como, por exemplo: oficinas, jogos, exposições, vídeos-debate, rodas de conversa.

*** Quarto momento — no retorno ao Museu**

Na “Semana Nacional de Ciência e Tecnologia”⁵ as escolas voltam ao museu para compartilhar entre elas, e com o público em geral, os resultados das atividades realizadas ao longo do ano. Esse é um momento especial de valorização das atividades desenvolvidas pelas escolas e isso ajuda a fortalecer o sentido e a importância dos processos de construção coletiva vivenciados, bem como a cultura de trabalho colaborativo. Assim, busca-se motivar o engajamento em estudos e ações focadas em processos coletivos.

Em 2011 o Projeto “Tecendo Redes por um Planeta Terra Saudável” — Polo Manguinhos, por meio do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública

5 Dependendo da dinâmica do trabalho e do contexto local, esse momento pode ocorrer em época diferente do evento nacional da “Semana Nacional de Ciência e Tecnologia”.

(PDTSP) passou a interagir com o Território Integrado de Atenção a Saúde/Teias-Escola Manguinhos.⁶ Essa ação se constituiu por meio de um contrato no qual a Fiocruz, assume, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, a cogestão da saúde em Manguinhos/Rio de Janeiro. A proposta é que essa experiência contribua para aprimorar a integração da rede estrutural dos serviços e ações de atenção, promoção e prevenção em saúde com processos de produção de conhecimentos científicos e tecnológicos de forma que favoreça o cumprimento da missão institucional da Fiocruz, comprometida com o enfrentamento de grandes desafios do SUS no País. Sendo assim, a missão do Teias-Escola Manguinhos é:

Desenvolver, em Manguinhos, um território integrado de atenção à saúde como espaço de inovação das práticas do cuidado à saúde, de ações intersetoriais, ensino e pesquisa visando a melhoria da condição de saúde e vida da população de forma participativa.⁷

A cultura de trabalho colaborativo desenvolvida por meio do projeto “Tecendo Redes por um Planeta Terra Saudável” favorece as ações intersetoriais previstas na missão do Teias na medida em que favorece o diálogo entre trabalhadores da Fiocruz e de outras instituições públicas com moradores de Manguinhos. Um exemplo de produto que expressa esse resultado são as novas cartas⁸ produzidas para o “Jogo Unidos para Produzir um Lugar Saudável”.⁹ Faz parte dos conteúdos dessas cartas discurs-

6 Os projetos que fizeram parte da rede do PDTSP-Teias estão apresentados no portfólio disponível no *link*: <<https://goo.gl/l2gWwy>>.

7 Informação tirada do *site* do Teias-Escola Manguinhos <<http://andromeda.enp.fiocruz.br/teias/quem-somos>>, acesso em 10-2-2016).

8 Essas cartas estão disponíveis em <<http://migre.me/sYKOZ>>.

9 O Jogo Unidos para Produzir um Lugar Saudável (disponível em <<http://migre.me/t0OZp>>) faz parte do “Livro-Jogo — O Trabalho Cooperativo no Jogo da Produção Social da Saúde”, produzido no âmbito do trabalho do Projeto Tecendo Redes por um Planeta Terra Saudável realizado no contexto do projeto “Manguinhos — diagnóstico histórico-urbano-sanitário. Subsídios para políticas públicas sustentáveis em saúde”. Projeto contemplado pelo Edital Fiocruz PDTSP Cidades Saudáveis Um pouco desse trabalho pode ser conhecido no seguinte texto:

so coletivos de moradores de Manguinhos¹⁰ e resultados de pesquisas que foram realizadas no âmbito do PDTSP-Teias, sobre a situação de saúde desse território.¹¹ A proposta é que, partindo das situações concretas vivenciadas nos cotidianos dos territórios, novas cartas vão sendo construídas de forma que melhor atendam às especificidades de cada caso.

A teoria e prática que fundamentam esse jogo se desenvolveram ao longo de uma trajetória de produção e utilização de jogos cooperativos. Trajetória que articula atividades de pesquisa, de educação formal e de educação não formal. O primeiro livro-jogo dessa série foi publicado em 2003¹² e conta um pouco da história do desenvolvimento desse jogo cooperativo que teve a sua primeira versão artesanal finalizada em 1998 em escola pública do Rio de Janeiro. Em 2004 o segundo livro-jogo foi publicado no contexto de um museu.¹³

Um pouco mais sobre a história do “Jogo Unidos para Produzir um Lugar Saudável” no trabalho realizado no contexto do PDTSP-Teias Escola Manguinhos está disponível em um relatório¹⁴ que, além do trabalho colaborativo entre o Museu da Vida com escolas públicas do território, apresenta atividades das quais outros sujeitos participaram. Aconteceram oficinas, reuniões, seminários e um curso que contaram com a participação de outros sujeitos, inclusive de membros do Conselho Gestor Intersetorial de Manguinhos (CGI).¹⁵

“Políticas públicas de intervenção urbana para uma cidade saudável: cem anos de história em Manguinhos” (Renato Gama-Rosa Costa; Luiz Otávio Ferreira; Tania Dias Fernandes; Maria da Mercês Navarro; Leticia de Luna Freire & Mônica Dias Souza) publicado no livro apresentado no link <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/cidades-saudaveis-alguns-olhares-sobre-o-tema>>.

10 Para compor esses discursos utilizou-se a técnica de tabulação de dados denominada Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefevre, 2005 e 2006).

11 Para compor as cartas foram utilizadas informações divulgadas no informativo “Como vai a sua saúde” disponível em <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Saude%20Urbana_Projeto%20Teias_boletim_corrigido.pdf>.

12 Disponível em <<http://migre.me/t0P6t>>.

13 Disponível em <<http://migre.me/t0P2l>>.

14 Disponível em <http://migre.me/t0P96>.

15 “O Conselho Gestor Intersetorial abrange todo o território de Manguinhos e é paritário na participação do poder público e da comunidade, incluindo além da

Os próximos itens desse texto apresentam alguns elementos da fundamentação teórica que sustenta a metodologia do trabalho colaborativo que propomos aqui em contraposição às atividades de competição que cultivam a lógica do cada um por si e a cultura da meritocracia que enfraquecem processos políticos, sociais e culturais produtores de saúde. O objetivo de apresentar um pouco dessa fundamentação teórica é favorecer o entendimento de que o “Jogo Unidos para Produzir um Lugar Saudável” não é apenas um material lúdico e sim algo que pretende contribuir para ampliar as possibilidades de superação das atuais regras do “jogo” societário produtoras das desigualdades sociais.

Breves considerações sobre o contexto histórico no qual se desenvolve essa experiência

Os dias que correm¹⁶ são caracterizados por um metabolismo social que só se sustenta porque mantém dois terços da humanidade abaixo da linha da miséria.¹⁷ Nesse contexto cabe problematizar a expressão *inclusão social*, utilizado largamente no Brasil hoje, especialmente no campo das políticas públicas.¹⁸ Sobre esse tema é necessário recorrer à análise histórica da expressão. Em um texto seminal, a historiadora Virgínia Fontes realiza, brilhantemente, essa tarefa estabelecendo uma relação entre os conceitos de “capitalismo”, “exclusão” e “inclusão”. Essa pesquisadora cunha a expressão *inclusão forçada* para se referir,

representação do setor Saúde, o setor da Educação e da Assistência Social. O CGI tem a função de acompanhar, pactuar e fiscalizar as ações de saúde na Atenção Primária, realizadas em Manguinhos” (informação disponível em 14-2-2016 no link <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/conselhos>>).

16 “Dias que correm” é um expressão retirada de uma matéria intitulada “O que está em jogo nos dias que correm?” de autoria de Saul Leblon publicada em 6-6-2014, na revista *Carta Maior*. Disponível em <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editorial/O-que-esta-em-jogo-nos-dias-que-correm-/31096>>.

17 O dado sobre a exclusão foi retirado do texto de Frei Betto intitulado “Alternativas pós-capitalistas”. Disponível no seguinte endereço eletrônico <<http://br.geocities.com/microst10/fb01.htm>>, acessado em 9-6-2008 às 15 horas.

18 <[http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_\(menspresanexo\).pdf](http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_(menspresanexo).pdf)>.

de forma mais precisa, à condição de vida da classe trabalhadora no capitalismo, à qual pertencem os estudantes das escolas públicas que participam do Projeto Tecendo Redes por um Planeta Terra Saudável. Utilizamos, aqui, o conceito de classe trabalhadora definido por Marx (2006), ou seja, a formada por quem não detém a propriedade dos meios de produção da vida e que, por isso, se vê obrigado a vender sua força de trabalho para os que são proprietários desses recursos. Com base nesse referencial teórico, Virginia Fontes faz a seguinte reflexão sobre o atual contexto do capitalismo:

A generalização do assalariamento seria menos uma imposição do capitalismo — para o qual, segundo ele, a unidade doméstica seria mais conveniente, por ter menor custo, assegurando por vias alternativas parte da reprodução dos trabalhadores — do que resultado das lutas sociais dos próprios trabalhadores. Num caso como noutro, evidencia-se uma inclusão forçada no processo de mercantilização da vida social e, em grande medida, a mercantilização da força de trabalho, tornando-se o assalariamento sua representação emblemática. A expansão acelerada do capitalismo e a inclusão forçada a seus mecanismos deram a tônica do processo econômico e social ao longo do século XX. A generalização da mercantilização da sociedade, componente essencial da expansão capitalista, reduzia (ou simplesmente eliminava) a possibilidade da sobrevivência individual fora do mercado (Fontes, 1996, p. 4).

Esse processo de mercantilização da vida, característico do capitalismo, sofre intenso acirramento com a mundialização da economia. Tudo isso afeta, profundamente, a qualidade da vida dos que fazem parte dos dois terços da humanidade que sofre mais diretamente com os mecanismos de acumulação do capital que produz o ciclo da miséria e comanda os processos de determinação econômica, social, cultural e política da saúde.

A maior parte da carga de doenças — assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países — acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto de condições é chamado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Os determinantes mais importantes são aqueles que estratificam a sociedade — os determinantes estruturais —, tal como a distribuição de renda, a discriminação (por exemplo, baseada em gênero, classe, etnia, deficiência ou orientação sexual) e a existência de estruturas políticas ou de governança que reforcem ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poderio econômico (Organização Mundial de Saúde, 2011, p. 2).

É dessa perspectiva de análise dos processos de determinação econômica, social, cultural e política da saúde que propomos a questão motivadora do próximo item.

Qual é o papel da cultura da cooperação em processos de produção da saúde nos dias que correm?

Para discutir essa questão utilizamos um referencial teórico-metodológico fundamentado no materialismo histórico dialético, nos valendo, principalmente, de contribuições de Marx, Gramsci e Paulo Freire. Mais precisamente utilizamos as conclusões de uma pesquisa de doutorado (Vasconcellos, 2008b, 2009a)¹⁹ que refletiu sobre o trabalho realizado pelo Projeto Tecendo Redes por um Planeta Terra Saudável no seu primeiro ano de existência (2007). O referencial para a análise teórica da metodologia de trabalho desse projeto foi o conceito de cooperação, conforme definido por Marx na seguinte citação:

¹⁹ Esse trabalho está disponível em <<http://migre.me/sYJvy>> e uma síntese dele em um capítulo de livro indicado nas referências bibliográficas desse texto (Vasconcellos, 2009) que está disponível em <<http://migre.me/sYKO6>>.

O efeito do trabalho combinado não poderia ser produzido pelo trabalho individual, e só o seria em um tempo muito mais longo ou numa escala muito reduzida. Não se trata aqui da elevação da força individual através da **COOPERAÇÃO**, mas da criação de uma força produtiva nova, a saber, a força coletiva (Marx, 2006, p. 379) [destaque nosso].

Logo, segundo Marx, a cooperação indica uma metodologia de trabalho na qual as ações são combinadas de forma que produza efeito maior do que teriam se realizadas isoladamente. Mas para servir aos propósitos do projeto não basta a ampliação do efeito das ações; é fundamental definir o sentido do efeito que se pretende produzir com o trabalho realizado. Desde o início desse projeto esse sentido foi expresso com base nas seguintes palavras de Paulo Freire:

Enquanto na teoria da ação antidialógica a conquista, como sua primeira característica, implica num sujeito que conquistando o outro, o transforma em quase “coisa”, na teoria dialógica da ação, os sujeitos se encontram para a transformação do mundo em **CO-LABORAÇÃO**” (Freire. *Pedagogia do oprimido*, 1987, p. 165) [destaque nosso].

Esse conceito “co-laboração”, proposto por Paulo Freire, é um referencial básico para o projeto Tecendo Redes por um Planeta Terra Saudável, e por esse motivo ele orientou a formulação das questões da pesquisa que refletiu sobre esse trabalho (Vasconcellos, 2008b).

Essas questões foram: que limites, tensionamentos e possibilidades estiveram presentes nesse trabalho por ele estar inserido em uma estrutura de “capitalismo mundializado”? De que forma a experiência adquirida, a partir da realização desse trabalho, pode contribuir para o enfrentamento dos limites que foram identificados na “co-laboração” (Freire, 1987) entre museus e escolas? Que princípios teórico-metodológicos, estratégias edu-

cativas e atividades podem ajudar a promover avanços nessa “colaboração” entre os museus e as escolas?

Ao discutir essas questões a pesquisa buscou contribuir para que o trabalho colaborativo entre museus e escolas seja realizado numa perspectiva de educação emancipatória. Considerando que trabalhamos pela emancipação quando

[. . .] agimos para superar e superamos: (1) relações paternalistas e assistencialistas que reproduzem a miséria (intelectual e econômica); (2) uma educação que impede a capacidade crítica de pensar e intervir de educadores-educandos; (3) a apropriação privada do conhecimento científico; (4) práticas políticas que viciam a democracia e sufocam o desejo da participação, garantindo o privilégio de oligarquias que se constituíram com a lógica colonial que instaurou o Brasil; (5) relações de classe que condenam milhões a uma condição indigna, de precariedade na luta pela sobrevivência, por força dos interesses do mercado e seus agentes, “coisificando” a vida (Loureiro, 2007, p. 161).

Os resultados da pesquisa à qual nos referimos identificou que o principal limite para concretizar o trabalho colaborativo foi a falta de tempo dos trabalhadores para se dedicarem ao projeto, dentro de sua carga horária de trabalho. Esse resultado tomou por referência os conceitos de “alienação” e “cooperação” em Marx, além de estudos sobre as características do “capitalismo mundializado” (Chesnais, 1999) que comanda as relações sociais hegemônicas na atualidade.

Mas, além disso, foi, também, fundamental para essa investigação o conceito de “Tempo Hegemônico” cunhado por Roberto Leher no texto “Educação e tempos desiguais: reconstrução da problemática trabalho-educação” (Leher, 1997). Esse texto apresenta brilhante análise da relação entre o tempo e o trabalho no mundo do “capitalismo mundializado”. Diferencia “crescimento” de “desenvolvimento” em relação às dinâmicas societárias dos países e reflete sobre o impacto delas na educação. Observa

que o mecanismo de dominação adotado no capitalismo atual depende da coexistência de países em estágios diferenciados de “desenvolvimento”, de forma que possam atender, mais adequadamente, aos interesses da elite econômica mundial. Portanto, os países não podem, de forma autônoma, escolher o tipo de “desenvolvimento” e seu respectivo ritmo. Eles precisam adotar um tempo que tem como referência a subordinação a um determinado “Tempo Hegemônico” (Leher, 1997). Isso implica a coexistência de nações em tempos desiguais em relação ao seu ritmo de “crescimento” e, não mais, em “desenvolvimento”. O conceito de “Tempo Hegemônico” foi fundamental para a pesquisa de doutorado à qual nos referimos (Vasconcellos, 2008b), pois ajudou a entender os limites e as possibilidades da realização de uma educação emancipatória no contexto do “capitalismo mundializado”.

Com base nos resultados da referida pesquisa, Vasconcellos (2008b, 2009a), defende a tese de que os trabalhos desenvolvidos na relação entre o museu e a escola alcançam impacto social mais amplo uma vez que conseguem combinar as suas ações por meio de um projeto construído colaborativamente, no qual cada instituição, de acordo com sua missão e especificidades, define o que pode fazer de melhor para a concretização desse plano de ação interinstitucional. Isto ocorre quando as instituições se unem para criar algo novo que não podem realizar sozinhas e não para buscar suprir alguma deficiência por meio da outra. Esse estudo aponta para uma tendência de uma instituição buscar suprir, na interação interinstitucional, alguma deficiência que possua. Isso ocorre, por exemplo, quando o museu se relaciona com a escola motivado, principalmente, para solucionar sua necessidade de ampliar o seu número de visitantes, ou quando a escola procura o museu, especialmente, para ter acesso a equipamentos, como um microscópio, por exemplo, que ela deveria ter mas não tem. Este tipo de relação não produz a “força coletiva” (Marx). Para produzir esse efeito, que é um efeito maior do que a simples soma das partes cada instituição faz aquilo que pode fazer de melhor pela realização do projeto coletivo construído a partir de uma cooperação efetiva entre elas. No caso do museu,

essa excelência corresponde à tarefa de provocar questionamentos, inquietações, encantamentos, curiosidades, indignações, surpresas, espantos, emoções que possam provocar nos educadores e educandos a percepção de sua condição de sujeito histórico e a motivação intrínseca (Tapia, 2001) para buscarem ampliar sua visão de mundo e seus horizontes culturais. Com relação à escola, a principal missão é trabalhar, a partir da motivação intrínseca de alunos e professores, os processos de construção e disseminação de conhecimentos (Vasconcellos, 2008b).

Para além da relação museu-escola essa pesquisa aponta para o seguinte: para que exista, efetivamente, uma “cooperação”, no sentido proposto por Marx, ou seja, um tipo de relação que produz um efeito maior que a soma das partes, e que tenha o sentido da transformação da realidade, proposto por Paulo Freire no termo *co-laboração*, é necessário rigor com uma metodologia que garanta que o trabalho seja construído a partir de:

- um projeto orientado por objetivos educacionais coerentes com a proposta de uma educação emancipatória e que seja produto de uma construção coletiva da qual participam efetivamente todos os que se encontram envolvidos no trabalho (entre os quais educandos, educadores, pesquisadores e outros trabalhadores), atuando de forma autodeterminada e autônoma, ou seja, movidos por motivação intrínseca.

- uma combinação e divisão de tarefas em que cada um possa fazer o que pode de melhor pelo projeto coletivo. Isso ocorre na medida em que exista rigor no respeito às especificidades de cada trabalhador, considerando a sua formação, suas *expertises*, sua área de atuação, função social da instituição em que atua, etc.

- o objetivo da relação deve ser criar, em conjunto, algo novo (“força produtiva nova” — Marx) que não seria possível produzir isoladamente. Isso significa que o objetivo da relação não deve ser buscar suprir deficiências e sim construir coletivamente algo novo (“força coletiva” — Marx).

Consideramos que esse resultado da pesquisa pode contribuir para o alcance dos objetivos do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP-Teias) na

medida em que, na continuidade das ações e pesquisas realizadas no contexto desse programa, seja adotada uma metodologia de trabalho colaborativo como a proposta nesse trabalho.

Como ficou evidenciado, pelos resultados da pesquisa apresentada, um projeto de trabalho construído coletivamente tem grande potencial para que os participantes se envolvam nas ações a partir de motivação intrínseca. Esse envolvimento, além de ser um trabalho potencialmente emancipatório, pode trazer efeitos sociais mais positivos na produção das condições de saúde dos envolvidos e da população local, porque fortalece a cultura da “cooperação” (Marx, 2006) no sentido da “co-laboração” (Freire, 1987) necessária para fortalecer as lutas políticas da classe trabalhadora por seu direito à saúde.

Portanto, entendemos que os resultados da pesquisa apresentada nesse item responde à pergunta que o provoca: “Qual é o papel da cultura da cooperação em processos de produção da saúde nos dias que correm?” Nos dias que correm, tocados pelo individualismo do cada um por si, pela competição e pela cultura da meritocracia, que sustenta e é sustentada pelas desigualdades sociais que compromete profundamente a saúde da maioria dos habitantes do planeta Terra. A contraposição entre a dinâmica da competição e da cooperação nas atividades educativas é tema tratado especialmente no artigo “Olimpíadas x Atividades Cooperativas na Educação: o que está em jogo nesse debate” (Vasconcellos, 2011). Assim concluímos, com base em estudos acadêmicos e experiências coletivas acumuladas (Vasconcellos, 2008a, 2008b, 2009a, 2009b, 2011), que a cultura do trabalho colaborativo, conforme proposta no presente trabalho, é necessária para fortalecer os processos de produção da saúde.

Referências

- Bonatto, M. P. O. Resenha. A direita para o social: *A educação da sociabilidade no Brasil contemporâneo*, de André Silva Martins. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2009. *Revista Sociedade e Estado*, vol. 26, n.º 1, pp. 279-83, jan.-abr. 2011.

- *A criação dos Centros Interativos de Ciência e Tecnologia e as políticas públicas no Brasil: uma contribuição para o campo das ciências da vida e da saúde*. Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2012. <bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4365>.
- Bonatto, M. P. & Vasconcellos, M. M. N. A “co-laboração”: um método para a intersectorialidade na produção social da saúde. In: Jornada internacional Pré Alas na saúde – 25-26 de abril de 2013. Disponível no endereço <<http://www.next.wiki.br/repositorio/content/141>>.
- Tecendo redes para a educação: cultura e intersectorialidade. In: Segundo Simpósio brasileiro de saúde e ambiente – Desenvolvimento, conflitos territoriais e saúde: ciência e movimentos sociais para a justiça ambiental nas políticas públicas. ABRASCO. 19-22 de outubro de 2014. Disponível no endereço <http://www.sibsa.com.br/resources/anais/4/1413380428_ARQUIVO_bonattovasconcellosfinaltexto> ABRASCO.pdf.
- Bottomore, T. *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. *Plano plurianual 2004-2007*. Brasília: MP, 2003. <[http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_\(menspresanexo\).pdf](http://www.sigplan.gov.br/arquivos/portallppa/41_(menspresanexo).pdf)>.
- Cardoso, M. L. Sobre as relações sociais capitalistas. In: Lima, J. C. F. & Neves, L. M. W. (orgs.). *Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- Chesnais, F. Um programa de ruptura com o neoliberalismo. In: Heller, A. et al. *A crise dos paradigmas em ciências sociais e os desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro: Contraponto-Corecon, 1999, pp. 77-108.
- Conferência Internacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Brasil. Rio de Janeiro. Fiocruz. Documento Base: Diminuindo diferenças: A prática das políticas sobre os determinantes sociais da saúde, outubro de 2011. <<http://pt.scribd.com/doc/72494325/Documento-Tecnico-da-Conferencia-versao-final-2011>>.
- Costa, R. G.-R.; Ferreira, L. O.; Fernandes, T. D.; Navarro, M. M.; Freire, L. L. & Souza, M. D. “Políticas públicas de intervenção urbana para uma cidade saudável: cem anos de história em Manguinhos”. In: Carmen Beatriz Silveira, C. B.; Fernandes, T. M. & Pellegrini, B. (orgs.). *Cidades Saudáveis? Alguns Olhares sobre o tema*.”
- Deci, E. L. R. & Ryan, M. Artigo: “Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions”. University of Rochester, 2000.

- Duarte, N. “Educação e moral na sociedade capitalista em crise”. In: Linhares, C. F. et al. *Ensinar e aprender: sujeitos, saberes e pesquisa*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000, pp.175-188.
- . *Sociedade do conhecimento ou sociedade das ilusões? Quatro ensaios crítico-dialéticos em filosofia da educação*. Campinas: Autores Associados, 2003.
- Fontes, V. Capitalismo, exclusões e inclusão forçada. *Tempo*, Rio de Janeiro, vol. 2, n.º 3, pp. 34-58, 1996. Disponível em <http://www.historia.uff.br/tempo/artigos_dossie/artg3-2.pdf>.
- Freire, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação*. São Paulo: Moraes, 1980.
- . *Medo ou ousadia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- . *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- . *Pedagogia do oprimido*. 17.ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- . *Pedagogia do oprimido*. 31.ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
- Gandin, D. *A prática do planejamento participativo*. 13.ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.
- A posição do planejamento participativo entre as ferramentas de intervenção na realidade. Disponível em <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol1iss1articles/gandin.htm>>. 2001.
- Germano, M. G. & Kulesza, W. A. Popularização da ciência: uma revisão conceitual. *Caderno Brasileiro de Ensino de Física*. Florianópolis: Departamento de Física, UFSC, vol. 24, n.º 1, abr. 2007 pp. 7-25.
- Gramsci, A. *Cadernos do cárcere*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 4.ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006, vol. 2.
- Lefèvre, F. & Lefèvre, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. 2.ª ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.
- . O sujeito coletivo que fala. *Interface (Botucatu) [on-line]*. 2006, vol. 10, n.º 20, pp. 517-54.
- Leher, R. Educação e tempos desiguais: reconstrução da problemática trabalho-educação. *Trabalho e Educação*, Belo Horizonte: Faculdade de Educação, UFMG, vol. 1, n.º 1, pp. 128-42, 1997.
- Loureiro, C. F. B. — “Educação ambiental transformadora”. In: Layrargues, P. P. *A escola da educação ambiental no Brasil*. Brasília: Ibama, 2004a.
- . *Trajatória e fundamentos da educação ambiental*. São Paulo: Cortez, 2004b.
- . “Emancipação”. In: Ferraro Júnior, L. A. (org.). *Encontros e caminhos: formação de educadoras(es) ambientais e coletivos educadores*. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2007, vol. 2, pp.157-70.
- . “Emancipação”. In: Ferraro Júnior, L. A. (org.). *Encontros e caminhos: formação de educadoras(es) ambientais e coletivos educadores*. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2007, vol. 2, pp. 157-70.

- Marx, K. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006, vol. 1.
- Tapia, J. A. *A motivação na sala de aula*. São Paulo: Loyola, 2001.
- Vasconcellos, M. M. N. Uma experiência colaborativa em prol da educação ambiental. *Ciência em Tela*, n.º 1, 2008a. Disponível em <http://www.cienciaemtela.nutes.ufrj.br/escola_e_sociedade2.html>.
- *Educação ambiental na colaboração entre museus e escolas: limites, tensionamentos e possibilidades para a realização de um projeto político pedagógico emancipatório*. Doutorado. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal Fluminense, 2008b. <<http://migre.me/sYJvy>>.
- . “Colaboração entre o museu e a escola: uma estratégia metodológica potencializadora de projetos políticopedagógicos emancipatórios”. 2009a. In: Loureiro, C. F. B. (org.). *Educação ambiental, gestão pública, movimentos sociais e formação humana*. São Carlos: Rima Editora, 2009. Esse trabalho está disponível e uma síntese dele em <<http://migre.me/sYKO6>>.
- . Olimpíadas x atividades cooperativas na educação: o que está em jogo nesse debate? Trabalho apresentado no VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, Campinas, 2011. Publicizado nos *Anais* desse encontro. Disponível em <<http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/viiiencpec/resumos/R1720-2.html>>.
- . Educação em museus: qual é a especificidade deste campo? Qual é a importância de se respeitar de forma rigorosa suas especificidades? *Ensino Em Re-Vista*, vol. 20, n.º 1, pp. 29-42, jan.-jun. 2013. <<http://www.seer.ufu.br/index.php/emrevista/article/view/23207/12748>>.
- . *Livro-jogo Unidos para construir um mundo melhor*. 2003. <<http://migre.me/t0P6t>>.
- . *Livro-jogo Unidos para construir um mundo melhor*. 2004 <<http://migre.me/t0P2l>>.
- . *Livro-jogo Unidos para produzir um lugar saudável*. 2010 <<http://migre.me/t0OZp>>.
- . *Livro-jogo – O trabalho cooperativo no jogo da produção social da saúde*. 2011. <<http://migre.me/sYKKI>>.
- . *Relatório Rede PDTSP-Teias – Tecendo redes por um planeta terra saudável*. 2015. <<http://migre.me/t0P96>>
- Vasconcellos, M. M. N. & Costa, A. F. Museus: limites e possibilidades na promoção de uma educação emancipatória. *Revista Sinais Sociais*, n.º 11, set. 2009b. <<http://www.sesc.com.br/portal/publicacoes/sesc/revistas/sinaissociais/n11/n11>>.

CAPÍTULO 8
CUIDADOS EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
NO TEIAS-ESCOLA MANGUINHOS:
CONQUISTAS E DESAFIOS

CLAUDIA BONAN
KÁTIA SILVEIRA DA SILVA
ANDREZA RODRIGUES NAKANO
MARCIA DOS SANTOS LUIZ

oOo

NA PERSPECTIVA DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA em avaliação da atenção básica, pesquisadoras do Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz) apresentaram à Rede PDTSP-Teias o projeto de pesquisa “Cuidados em saúde sexual e reprodutiva nos Territórios Integrados de Atenção à Saúde”,¹ cujo objetivo foi realizar uma avaliação da assistência à saúde sexual e reprodutiva no âmbito do Território Integrado de Atenção à Saúde de Manguinhos (Teias-Escola Manguinhos) e oferecer contribuições para o desenvolvimento e implantação de um modelo de cuidados integrados, coordenados e continuados nesse território. Essa pesquisa representou o desdobramento de duas pesquisas anteriores, também financiadas pelo Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica para o Sistema Único de Saúde da Vice-Presidência de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz, que tiveram

1 O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do IFF/Fiocruz, em 2011, obtendo o parecer de aprovação em 2012.

como objetivos desenvolver metodologias de avaliação e monitoramento da assistência ao planejamento reprodutivo e à saúde reprodutiva na rede de atenção básica (2005-2008) e realizar um estudo de linha de base sobre a implementação do programa de planejamento reprodutivo na rede municipal da cidade do Rio de Janeiro, utilizando e adequando a matriz de avaliação produzida na fase anterior (2008-2009).

A proposta do projeto “Cuidados em saúde sexual e reprodutiva nos Territórios Integrados de Atenção à Saúde” se alinha com as diretrizes da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica que considera a avaliação em saúde um componente fundamental da gestão. Na política nacional, a avaliação e o monitoramento são entendidos como um processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre as práticas assistenciais desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, ou seja, não são vistos como procedimentos de natureza exclusivamente técnica. Nesse sentido, as práticas de avaliação e monitoramento devem também contribuir para democratizar os serviços de saúde, já que subentendem processos de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades, envolvendo gestores, profissionais, usuários e pesquisadores (Brasil, 2012).

No intuito de aprofundar a metodologia de avaliação, a pesquisa aqui relatada buscou desenvolver instrumentos que possibilitem aferir se e como os processos de trabalho favorecem (ou não) a integração, a coordenação e a continuidade das várias ações programáticas que compõem a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (como por exemplo, planejamento reprodutivo, assistência ao pré-natal, parto e puerpério, abordagem das DST e do HIV/aids e outras) e, desse modo, a garantia de cuidados integrais em saúde sexual e reprodutiva. Avançar na construção desses instrumentos pode servir à gestão compartilhada desses cuidados, auxiliando o planejamento, o monitoramento e a avaliação continuada, o estabelecimento pactuado de metas e de indicadores de qualidade.

Institucionalizar as práticas de avaliação e monitoramento das ações de assistência à saúde sexual e reprodutiva é funda-

mental, visto que essas são ações prioritárias na agenda de políticas de saúde no Brasil há pelo menos vinte e cinco anos, desde o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism).² Apesar dessa prioridade, a implementação das ações programáticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva ainda não está concluída (Costa et al., 2006; Osis et al., 2006; Bonan et al., 2010; Costa, 2012) e os indicadores epidemiológicos nos preocupam: as taxas de morte materna e neonatal precoce ainda são elevadas (77 por cem mil nascidos vivos e 10,4 por mil nascidos vivos respectivamente) (Datatus), temos elevados índices de cesárea (Leal et al., 2014; PNDS, 2006), há um aumento da infecção por HIV e sífilis em adolescentes (Brasil, 2010; 2015), os métodos contraceptivos oferecidos nos serviços limitam a escolha das mulheres, a assistência à infertilidade ainda é marginal nos serviços, quando não ausente (Costa et al., 2006; Osis et al., 2006). Em nosso meio, a implantação de políticas de direitos sexuais e direitos reprodutivos e, particularmente, de planejamento reprodutivo, não tem sido um processo linear, tendo em vista que a temática que entrecruza sexualidade, reprodução e direitos é objeto de acirradas disputas políticas e ideológicas.

A atenção à saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da atenção básica (Brasil, 2010). Inserido nesse nível de atenção, a assistência à saúde sexual e reprodutiva que consiste, sobretudo, em ações de promoção, prevenção, informação e educação em saúde, também deve ser examinada à luz dos desafios impostos à própria atenção básica.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido proposta como um modelo para reorientar as práticas assistenciais, para avançar na cobertura, no acesso, na qualidade e na resolubilidade da atenção nos níveis primários do sistema de saúde. Entretanto, para cumprir essa missão a ESF precisa vencer desafios próprios de sua implementação, destacadamente, garantir a coordenação,

2 Na última década varias políticas ministeriais reiteraram essa prioridade e traçaram diretrizes e estratégias para fazer avançar a assistência a saúde sexual e produtiva: Política Nacional de Atenção Básica, Pacto da Saúde (2006), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2005), “Mais Saúde” (2007).

a continuidade e a integração dos cuidados em saúde nos níveis locais de gestão e assistência e em suas articulações com os níveis de mais complexidade do sistema (Giovanella et al., 2009). Com a realização desta pesquisa busca-se somar esforços na produção de subsídio para enfrentar tais desafios.

O Território Integrado de Atenção à Saúde de Manguinhos (Teias-Escola Manguinhos) foi o cenário desta pesquisa. Nele há duas unidades de saúde, onde atuam treze equipes de Saúde da Família e uma equipe de rua. Localizado na área programática 3.1 (AP 3.1) este território tem 12.723 famílias cadastradas, perfazendo um total de 34.642 pessoas (dados fornecidos pela unidade/2013). Elegeu-se como campo para a pesquisa as duas clínicas da família do território por oferecerem formalmente a assistência à saúde sexual e reprodutiva. A proximidade geográfica das unidades com a comunidade e a organização da assistência tanto para atender a consultas programadas como às demandas espontâneas facilitam o acesso e a criação de vínculos com o serviço de saúde, propiciando o reconhecimento das unidades como fonte regular de cuidados, também na assistência à saúde sexual e reprodutiva. Essas características, somadas à outras relacionadas à gestão do território, demonstraram que ali era um campo favorável para analisar a continuidade, coordenação e integração de cuidados.

Modelo teórico-lógico da avaliação das ações de assistência à saúde sexual e reprodutiva no Teias-Escola Manguinhos

O grupo de pesquisadoras desenvolveu um modelo teórico-lógico para avaliação das ações de assistência à saúde sexual e reprodutiva no Teias-Escola Manguinhos. O modelo foi baseado nas diretrizes ministeriais e nos princípios éticos e conceituais do direito à saúde, da integralidade e dos direitos reprodutivos. Foram delimitados para avaliação seis grupos de ações que são alvos de programas ministeriais específicos e estão entre as atri-

buições prioritárias da atenção básica: (1) assistência ao pré-natal, (2) assistência ao planejamento reprodutivo, (3) rastreamento de patologias da mama, (4) rastreamento do câncer de colo uterino, (5) rastreamento de câncer de próstata e (6) ações relacionadas às DST e HIV/aids. Foi proposta ainda a avaliação de ações de controle dos fatores de risco reprodutivo de mulheres em idade reprodutiva nos períodos fora da gravidez – ações estas que não estão sistematizadas em programas específicos, mas que tem sido uma preocupação crescente de profissionais e gestores de saúde (7).

Em cada um desses grupos de ações em saúde sexual e reprodutiva, foram considerados: *a)* os componentes da assistência clínica, da atividade educativa e do gerenciamento; *b)* os aspectos de estrutura e de processo; e *c)* a oferta regular de ações assistenciais programadas, as ações para atender a demandas espontâneas da clientela e as ações desenvolvidas em parcerias com outros setores da administração pública ou da sociedade, como escolas, conselhos de saúde, associações comunitárias, entre outras.

O modelo teórico-lógico é apresentado esquematicamente na página seguinte.

Percurso do desenvolvimento da pesquisa

No segundo semestre de 2011, ocorreram encontros com profissionais considerados informantes-chave nas duas unidades de saúde, como gerentes e coordenadores, que favoreceram o desenvolvimento das atividades seguintes da pesquisa. O trabalho de campo aconteceu em momentos diferentes, de janeiro a abril de 2012 na Clínica de Família Victor Valla e de junho a setembro de 2012 no Centro de Saúde-Escola Germano Sinval Faria. Inicialmente, foram observadas as dinâmicas de trabalho e os processos de registro das informações e fez-se um apanhado da situação das ações de atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva na organização da assistência. Em seguida, informações específicas

Quadro 1. Modelo teórico-lógico de assistência à saúde sexual e reprodutiva nos Territórios Integrados de Atenção à Saúde – Teias (Bonan et al., 2012)

ASPECTOS DO CONTEXTO	→	OBJETIVOS DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS	→	COMPONENTES DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS	→	INFRAESTRUTURA PARA AS AÇÕES	→	PROCESSOS	→	EFEITOS NO TERRITÓRIO
<p>↓</p> <p>Gestão do SUS</p>	↓	<p>Oferecer regularmente a toda a população cadastrada assistência à saúde sexual e reprodutiva com ênfase nas seguintes esferas de ação: pré-natal, planejamento reprodutivo, câncer de mama, câncer de colo de útero e de próstata, DST e HIV/AIDS e risco reprodutivo em mulheres não grávidas.</p>	↓	<p>Atividades clínicas</p>	↓	<p>Planejamento das atividades assistenciais e educativas com delineamento de fluxos, rotinas e protocolos, estratégias de oferta e divulgação das ações e outros aspectos do processo</p>	↓	<p>Ampla divulgação das ações</p>	↓	<p>Melhoria nos indicadores de saúde materna e neonatal</p>
<p>Gestão do território</p>		<p>Garantir o acesso equitativo de homens e mulheres.</p>		<p>Atividades de informação e educação</p>		<p>Planejamento de linhas de cuidado que integrem as distintas ações de saúde sexual e reprodutiva entre si e as demais ações de saúde, segundo grupos ou necessidades específicas.</p>		<p>Oferta regular das ações programáticas</p>		<p>Aprimoramento das demandas contrapontivas e de investigação de infertilidade</p>
<p>Participação ou incidência de outros atores sociais e institucionais</p>		<p>Garantir o acesso equitativo de adolescentes e adultos.</p>		<p>Gerenciamento</p>		<p>Recursos humanos capacitados</p>		<p>Implantação de linhas de cuidado que integrem as distintas ações de saúde sexual e reprodutiva entre si e as demais ações de saúde, segundo grupos com necessidades específicas.</p>		<p>Redução da incidência e dos taxas de morbimortalidade relacionadas a DST e AIDS no território</p>
<p>Cultura institucional e profissional</p>		<p>Garantir a coordenação entre as distintas ações programáticas da saúde sexual e reprodutiva.</p>				<p>Materiais educativos e informativos</p>		<p>Seguimento orientado da clientela</p>		<p>Ações de prevenção ou detecção precoce dos cânceres masculino e feminino com abordagem de toda a população alvo</p>
		<p>Acionar as demandas espontâneas e necessidades singulares relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.</p>		<p>Sistemas de referência e contra-referência para os níveis de média e alta-complexidade</p>		<p>Instalações físicas adequadas</p>		<p>Gerenciamento dos insumos diagnósticos e terapêuticos</p>		<p>Mapeamento de mulheres não gestantes com fatores de risco reprodutivo e ofertas de cuidados específicos</p>
		<p>Estabelecer linhas de cuidados continuados em saúde sexual e reprodutiva.</p>		<p>Instrumentos de registro das ações que propiciem a avaliação e monitoramento</p>				<p>Gerenciamento dos registros e estatísticas</p>		
								<p>Monitoramento dos encaminhamentos</p>		
								<p>Avaliação permanente das ações pela equipe</p>		

sobre essas ações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas com os profissionais, observação sistemática das atividades educativas relacionadas aos cuidados à saúde sexual e reprodutiva, e análise de documentos dos serviços.

As entrevistas incluíram cinquenta e cinco profissionais de saúde, entre agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, residentes de enfermagem e de medicina, administrativos, assistentes sociais e dentistas. Pelo menos três profissionais de cada uma das catorze equipes de saúde da família do território participaram da pesquisa, e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas aconteceram no próprio ambiente das unidades, com garantia de privacidade, mas acordada a possibilidade de interrupção para alguma atividade ou atendimento de demandas de membros da equipe. A análise de documentos incluiu livros de registro, fichas de cadastro, relatórios de produção, entre outros, com a devida autorização dos coordenadores das unidades.

Para a análise do material coletado (entrevistas, documentos, observações) foram utilizadas metodologias de avaliação que propiciassem abordar tanto dimensões de infraestrutura e de processos de trabalho, assim como aspectos do contexto político e cultural.

É relevante registrar a receptividade dos profissionais à pesquisa, individualmente e como equipe, atendendo com presteza às solicitações das pesquisadoras, engajando-se nas entrevistas, muitas vezes interrompendo-as para buscar algum documento que pudesse oferecer informação mais precisa, demonstrando-se comprometidos não só com a pesquisa, mas principalmente com os temas pesquisados.

Em outubro de 2012, uma aluna de mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF/Fiocruz incorporou-se ao projeto e desenvolveu uma dissertação que teve como objetivo investigar a continuidade, a coordenação e a integração de cuidados em saúde reprodutiva, e o atributo da assistência como espaço dialógico e de promoção da autonomia dos usuários nas decisões referentes à

vida reprodutiva. Ela realizou nova incursão em campo e entrevistou trinta usuários, incluindo homens, mulheres e adolescentes.³

O projeto “Cuidados em saúde sexual e reprodutiva nos Territórios Integrados de Atenção à Saúde” previa duas atividades após a finalização da análise do material coletado. A primeira, seria um seminário de resultados do estudo avaliativo com participação de gerentes e profissionais de saúde, lideranças locais e atores de áreas consideradas estratégicas para o trabalho intersectorial no Teias-Escola Manguinhos, além de pesquisadores da rede PDTSP-Teias e especialistas em avaliação e saúde sexual e reprodutiva. Em uma segunda etapa, seria realizada uma oficina para desenvolvimento de modelo de cuidados integrais e integrados em saúde sexual e reprodutiva, incluindo um instrumento para monitoramento e avaliação da assistência, com a participação de profissionais de saúde, gestores e lideranças locais e instituições de outros setores que atuam no território (educacionais, comunitárias e outras). Embora estejam aqui referidas, essas etapas não chegaram a ser desenvolvidas por dificuldades relacionadas à contratação de pessoal para a fase de análise e, por conseguinte, à impossibilidade de cumprimento das atividades previstas no cronograma. Não se incluem nessas dificuldades, fatores relacionados ao campo, visto que houve receptividade dos profissionais e da gerência dos serviços tanto à pesquisa quanto a seus produtos.

O primeiro relatório do estudo avaliativo foi concluído no primeiro semestre de 2014, contemplando aspectos mais gerais da gestão do cuidado, e aprofundando mais especificamente a análise de um dos eixos de cuidado, o Planejamento Reprodutivo. A seguir são apresentados, parte desses resultados.

Características da assistência nas unidades

COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES. As equipes de saúde da família são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de en-

3 Os resultados estão sendo preparados para publicação. Até o momento, pode ser acessada a dissertação *Assistência ao planejamento reprodutivo no Território Integrado de Atenção à Saúde* (Luiz, 2014).

fermagem e de quatro a seis agentes comunitários de Saúde (ACS). Durante o trabalho de campo, a maioria das equipes estava completa, mas a rotatividade de profissionais e a dificuldade de substituição em caso de férias ou licença foram mencionadas como limitadores importantes à organização da assistência. A participação de residentes de medicina e de residência multidisciplinar (enfermagem, psicologia, nutrição e serviço social) nas equipes foi considerada como positiva para a gestão do cuidado.

QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS. Grande parte dos profissionais possui especialização ou experiência na área de Saúde da Família ou saúde coletiva. Contudo, há pouca capacitação específica em saúde sexual e reprodutiva e, em geral, ela é focada em algum dos seus aspectos, como pré-natal ou DST/Aids.

NASF (NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA AO SAÚDE DA FAMÍLIA). Os profissionais do Nasf e das equipes atuam conjuntamente em alguns atendimentos aos usuários (interconsultas); essa colaboração é muito valorizada pelos profissionais das equipes, por seu potencial de resolubilidade e pela oportunidade de atualização e aprimoramento do trabalho.

PROCESSO DE TRABALHO. Cada equipe tem seus modos próprios de organização do trabalho, entretanto algumas semelhanças foram observadas. Prevalcem as reuniões de equipe como espaços privilegiados para discutir casos e organizar/planejar a assistência em cada área específica. É comum as equipes ofertarem conjuntamente atendimentos a grupos populacionais específicos e/ou prioritários (gestantes, crianças, usuários hipertensos ou diabéticos), especialmente ações educativas.

A GESTÃO DOS CUIDADOS PELAS EQUIPES. As equipes trabalham de modo colaborativo e buscam estabelecer rotinas similares. Uma experiência interessante é a das “equipes-irmãs”, quando uma equipe oferece suporte a outra, acolhendo seus usuários, quando esta está envolvida em atividades externas ou em reuniões internas. Apesar dos avanços no sentido de um trabalho integrado, nem sempre se compartilham estratégias de abordagem aos usuários, de monitoramento dos cuidados e de registro

de informações. Algumas estratégias desenvolvidas por equipes específicas eram muito inovadoras e proporcionavam uma gestão continuada e coordenada dos cuidados com a população adscrita.

EQUIPE DE RUA. A equipe que trabalha com população não domiciliada estabelece rotinas diferenciadas. Além das visitas externas, ela oferece cuidados em livre demanda na unidade, sem restrição de horários ou dias. A equipe tem como rotina aproveitar a oportunidade desses contatos para abordar questões mais gerais de saúde, como realização do exame colpocitológico, tratamento para DST, tratamento supervisionado de tuberculose, realização de curativos e outros.

REGISTROS DE INFORMAÇÕES. O Alert, sistema eletrônico de prontuários, tem potencialidades para a gestão do cuidado: possibilita o acesso ao histórico do usuário, a previsão de cuidados, o aprazamento de exames, como o colpocitológico, e o alerta sobre pendências no seguimento do cuidado. Os profissionais reconhecem as vantagens do sistema, mas há também críticas por ele ser pouco amigável, tomando muito tempo dos atendimentos. O sistema está ainda em construção: por exemplo, a possibilidade de extrair relatórios, que poderiam ser utilizados no cotidiano das equipes, está em fase embrionária. Muitos dados do Alert alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), mas outros dados provêm de outros registros, por exemplo, os ACS preenchem em papel as fichas B de acompanhamento. As equipes também criam e utilizam outros mecanismos de registros para atenderem às suas demandas (livros, planilhas, mapas).

A assistência ao planejamento reprodutivo

A organização da assistência ao planejamento reprodutivo na unidade estudada segue as diretrizes do Ministério da Saúde, que prevê atividades de aconselhamento, atividade educativa e consulta clínica (Brasil, 2010). Entretanto, há uma leitura es-

treita dessas orientações, colocando-as como um conjunto de ações que devem ser ofertadas, e não como um processo de cuidados. A assistência ainda está organizada de maneira verticalizada, sendo pouco articulada e coordenada com outras ações programáticas (hipertensão, diabetes, tuberculose) e até mesmo com outras ações de saúde reprodutiva (pré-natal, puerpério, rastreamento de câncer cervical).

A assistência volta-se prioritariamente para o público feminino, caracterizado por mulheres jovens, casadas, com filhos e com demandas de controle de fecundidade, negligenciando adolescentes, homens, mulheres que não iniciaram a sua trajetória reprodutiva e outro perfil de usuários.

Alguns dos entraves crônicos da assistência ao planejamento reprodutivo no SUS parecem estar sendo superados nessa unidade: a integração da clínica da família a uma rede de cuidados organizada (tanto com o nível local no território, quanto com outros níveis assistenciais) ampliou o leque de ofertas de métodos contraceptivos — acesso ao DIU e à laqueadura, por exemplo — e o seguimento do cuidado.

A qualificação para o trabalho de atenção ao planejamento reprodutivo e à saúde sexual e reprodutiva, em geral, ainda apresenta deficiências. Há pouca compreensão dos direitos reprodutivos, dos princípios da autonomia e da não discriminação. A abordagem a essas necessidades se restringe à dimensão do fisiológico, com a influência de mitos e preconceitos, o que traduz dificuldades dos profissionais em lidar com questões relacionadas à sexualidade.

Considerações finais

Com a pesquisa foi possível conhecer o “como se produzem” no território os cuidados em saúde sexual e reprodutiva, em cada um dos sete eixos investigados: rastreamento de câncer de colo de útero, rastreamento de câncer de mama, rastreamento de câncer de próstata, assistência ao pré-natal, ações em DST/aids, assistência ao

planejamento reprodutivo e risco reprodutivo em mulheres não grávidas. O investimento analítico sobre o material priorizou o eixo da atenção ao planejamento reprodutivo, entretanto as pontuações apresentadas nos resultados são transversais aos outros eixos.

Os cuidados à saúde sexual e à saúde reprodutiva tiveram ganhos quando analisadas as questões de infraestrutura e de insumos. A organização da assistência em rede no território potencializa e otimiza os recursos, assegura melhores cuidados em nível local e favorece as articulações do território com a rede de saúde, para o acesso dos usuários a outros níveis de assistência.

Apesar das limitações em garantir um cuidado que promova a autonomia dos sujeitos para as suas escolhas reprodutivas, a forma como a assistência é organizada no território pode ser considerada um passo importante para a oferta de cuidados continuados, coordenados e integrados à saúde sexual e saúde reprodutiva.

Referências

- Bonan, C.; Silva, K. S.; Sequeira, A. L. T. & Fausto, M. C. R. Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, vol. 10 (Supl. 1): S107-S118 nov., 2010. Disponível em <[www.arca.fiocruz.br/.../1/Avaliação %20da%20implementação%20da%2](http://www.arca.fiocruz.br/.../1/Avaliacao%20da%20implementacao%20da%2)>.
- Bonan et al. *Cuidados com a saúde sexual e reprodutiva nos Territórios Integrados de Atenção à Saúde*. Projeto IFF/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2011.
- Brasil, Ministério da Saúde. *Mais saúde: direito de todos. 2008-2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_4ed.pdf>.
- , Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids-DST (versão preliminar)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-2010>>.

- Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <bvsm.s.saude.gov.br/bvs/.../politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>.
 - Ministério da Saúde. *Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <bvsm.s.saude.gov.br/.../publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_naciona...>.
 - Ministério da Saúde. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em <bvsm.s.saude.gov.br/.../publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivo->.
 - Ministério da Saúde. *Saúde sexual e reprodutiva*. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica; n.º 26). Disponível em: <dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca24.pdf>.
 - Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <Manual_instrutivo_PMAQ_189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/.../manual_instrutivo_pmaq_site.p...>.
 - Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico de Sífilis*, ano IV, n.º 1, 2011.
- Costa, A. M.; Guilhem, D. & Silver, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 2006, vol. 6, pp. 75-84. Disponível em <www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a09v6n1.pdf>.
- Costa, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. V. C.; Noronha, J. C. & Carvalho, A. I. *Política e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, pp. 979-1009, tab. <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2009/C03b.htm>>. Acessado em 15-5-2011.
- Giovanella, L.; Mendonça, M. H. M.; Almeida, P. F.; Escorel, S.; Senna, M. C. M.; Fausto, M. C. R.; Delgado, M. M.; Andrade, C. L. T.; Cunha, M. S.; Martins, M. I. C. & Teixeira, C. T. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2009, vol. 14, pp.

783-94. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343...sci>.

- Leal, M. C.; Pereira, A. P. E.; Domingues, R. M. S. M.; Theme-Filha, M. M.; Dias, M. A. B.; Nakamura-Pereira, M.; Bastos, M. H. & Gama, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto e mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014, pp. S17-S48.
- Luiz, M. S. *Assistência ao planejamento reprodutivo no Território Integrado de Atenção à Saúde*. Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2014.
- Osis, M. J. D.; Faúndes, A.; Makush, M. Y.; Mello, M. B.; Sousa, M. H. & Araújo, M. J. O. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Pública*, 2006, vol. 22, pp. 2481-90. Disponível em <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300017&script...>.

CAPÍTULO 9
CONVERSANDO SOBRE AS CRIANÇAS
E OS ADOLESCENTES COM CONDIÇÕES
CRÔNICAS COMPLEXAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA: A ATENÇÃO DOMICILIAR GERANDO
INTERFACES ENTRE AS ESPECIALIDADES
E O CUIDADO NO DOMICÍLIO

MARTHA CRISTINA NUNES MOREIRA
CLAUDIA CARNEIRO DA CUNHA
ALEX SIMÕES DE MELLO

o0o

ESTE TEXTO É RESULTADO de um esforço em reconhecer que crianças e adolescentes que vivem com condições crônicas e complexas de saúde (CCC), — que incluem doenças crônicas as mais variadas, muitas de origem genética, tais como síndromes, com expressão multissistêmica, encefalopatias crônicas resultado de partos laboriosos ou de origem congênita —, precisam ser mais bem conhecidos pelo sistema de saúde.

Vivemos um momento de reconhecimento de que cuidar de doentes crônicos significa tecer nossas ações dirigidas para relações longitudinais, construídas sistemicamente, pautadas no vínculo e na participação (OMS, 2003). Ou seja, tudo o que pode ser virtuoso sob uma perspectiva do cuidado, voltado não só para esse segmento, mas para todas as pessoas que recorrem aos serviços de saúde.

Ao mesmo tempo dialogamos com o reconhecimento da necessidade de fortalecer a atenção básica como orientadora da rede de cuidados e sua porta de entrada, visando enfrentar

e desconstruir a ideia de que situações de saúde crônicas e complexas em adolescentes, crianças e bebês são assunto exclusivo dos níveis mais especializados da atenção. A intenção é construir sinergia entre atenção básica e a atenção especializada. Para tanto o elemento conector dessa rede é a atenção domiciliar. O processo de ter essas crianças de alta do hospital, indo para casa provoca rearranjos, tanto nas equipes de saúde do território de referência, como nas próprias famílias, aqui entendidas como redes familiares, que constroem e reconstróem encontros, desencontros e familiaridades que não se definem somente pelo parentesco ou consanguinidade (Duarte & Gomes, 2008).

Construímos nosso texto visando gerar proximidades, aproximações e reconhecimentos sobre o valor que pode estar embutido em cuidar e aprender mais sobre condições crônicas complexas em crianças e adolescentes no território, considerando ser a atenção domiciliar o ponto de conexão na construção de uma rede de saúde voltada para essa criança crônica e/ou complexa. Ao falar de ponto de conexão podemos pensar que essa conexão pode tanto se dar potencializando ações cooperativas, como pode deflagrar resistências.

Esse texto tem por base uma experiência intensa de pesquisa vivida no Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias) Mangueiras, e teve início em março de 2012. E mais especificamente com as seis equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) referidas à Clínica da Família Victor Valla (CFVV). Destacamos a oportunidade que tivemos de conhecer a equipe de Consultório na Rua (CnaR), outra estratégia do Ministério da Saúde adotada para qualificar a Atenção Básica e fortalecer a Estratégia Saúde da Família. Esta equipe última tem apoiado muito as seis outras equipes da ESF no que se refere ao uso e abuso de álcool e outras drogas, fator de vulnerabilidade individual/social.

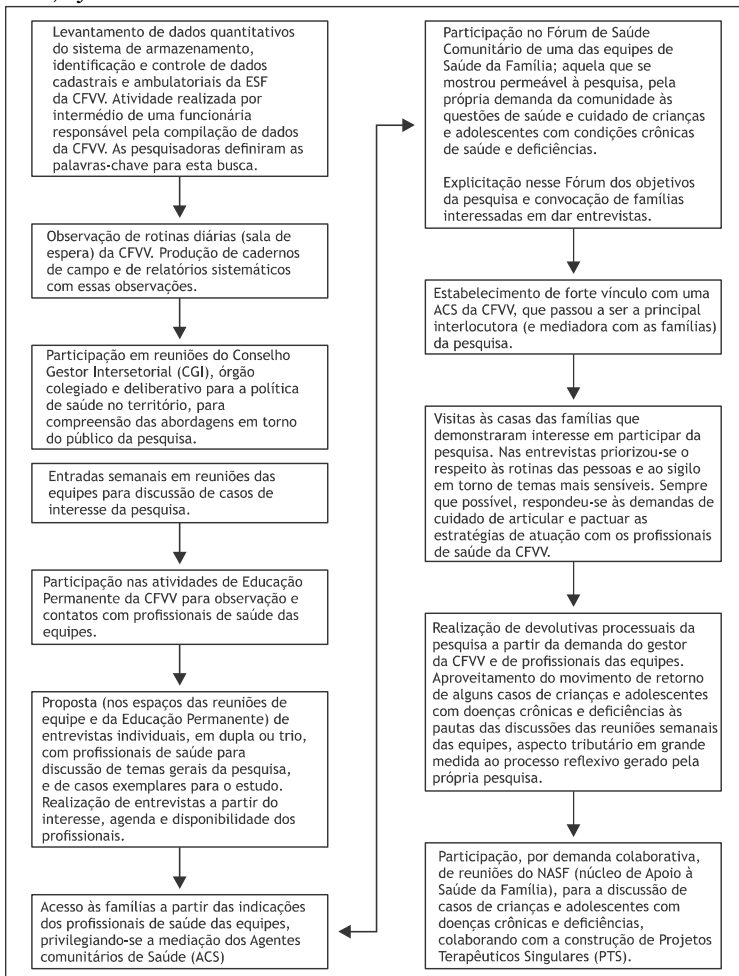
Falamos do início da pesquisa e não situamos o fim, porque isso caracteriza um ponto forte de nossa postura como pesquisadoras da área socioantropológica quando nos aproximamos desse campo. A ideia desde o início não era produzir um traba-

lho acadêmico asséptico, onde a marca de externalidade está posta e é cultivada, com devoluções formais e distantes, com um término programado para encerramento. O projeto de pesquisa tinha por objetivo estratégico colocar em interlocução e gerar interfaces entre unidades da Fiocruz com missões diversas, mas dialógicas. No caso o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na ação do Teias-Escola Manginhos, tendo em vista diminuir distâncias, e, ao menos, provocar o interesse pela criança crônica e complexa no campo da atenção à saúde. Essa criança que nós do Instituto Fernandes Figueira tanto conhecemos no contexto da hospitalização, e que precisávamos compreender como seria o conhecimento sobre ela em ambientes não hospitalares de cuidado.

A pesquisa se assentou no aporte etnográfico (Laburthe-Tolra & Warnier, 1997) onde vale a presença qualificada, baseada na imersão a partir das redes de relações e indicações dos atores, com registros densos de campo em diários, conversas informais e entrevistas que qualificavam questões que precisávamos sistematizar. A pesquisa seguiu as pistas de uma inserção onde antes de tudo precisávamos pedir licença para entrar, respeitar a autorização de entrada, e mais do que isso não reproduzir a ideia de que naquele território tão vulnerável, considerando também os serviços de saúde, e naquelas casas todos podem entrar sem ser convidados. Queríamos o convite, provocamos o convite, só entramos quando assim nos desejaram e até porque queríamos voltar. A ideia era fortalecer as ações de saúde naquele universo da atenção básica, com aquelas equipes, e não retirá-los de lá ou esvaziar a competência que lá era construída.

Passamos a explicitar aqui um circuito de atividades que compuseram a etnografia da CFVV. Seguimos os fluxos de trabalho da CFVV, seus atores e movimentos, que nos levaram às famílias e crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde e deficiências. O esquema a seguir ilustra o percurso percorrido:

Fluxograma 1. Ciclo da pesquisa empírica no Teias-Clinica da Família Victor Valla, RJ



Dialogando com um campo hegemônico de interpretações — de um lado da cronicidade como qualificativo de envelhecimento e desgaste, por outro como fruto de estilos/hábitos de vida pouco saudáveis — nos vimos impelidas a apresentar aos gestores da atenção básica e aos profissionais de saúde desse nível estratégico de atenção uma outra possibilidade de falar sobre a saúde dos doentes crônicos, ora enfocando crianças e adolescentes.

Primeiro assumimos a abordagem ecossistêmica em saúde (Gomez & Minayo, 2006) com seus três pilares estratégicos — participação, interdisciplinaridade e inclusão de marcadores sociais da diferença como intervenientes na saúde — como nosso olhar privilegiado sobre a produção de conhecimento, reflexividade e ação em saúde. Essa abordagem gera necessariamente a demanda por abordagens de pesquisa caracterizadas pela imersão na realidade de vida dos sujeitos, ou ao menos a busca do maior número possível de conexões com redes de relações e atores que produzem interpretações, ações e intervenções no cotidiano. Aqui a etnografia e o ciclo da pesquisa social empírica — composta pela aproximação e negociação com os sujeitos no campo, respeito às suas rotinas e tempos, observação participante no espaço, registro qualificado em diário de campo, e devolutivas processuais de impressões que permitem ajustes e validações do método — se fazem necessárias.

Um exemplo de devolutiva ou retorno processual da pesquisa foi a que está representada no esquema acima. Ela aparece sinalizada como o convite para discutir o Projeto Terapêutico Singular de uma criança que havíamos conhecido e fez parte de nossos contatos de pesquisa. E outra referida a um adulto que estava no rol das condições crônicas de saúde, e que possuía um quadro de drogadicção.

Jogos de luz e sombra: destacando crianças e adolescentes com condições crônicas e complexas como sujeitos

Quando falamos de condições crônicas e complexas de saúde em crianças e adolescentes falamos de complexidades e não de complicações. Crianças e adolescentes crônicos demandam conhecimentos, sensibilidade, e, portanto, aprendizados, que vistos por esse prisma não revelam perdas a quem deles cuidam, mas incrementos. Assumimos o desafio de falar daqueles que são pouco relevantes epidemiologicamente, que não comparecem nos inquéritos populacionais, e que parecem ser invisíveis.

Tomando de empréstimo a imagem do teatro, podemos inferir que a presença ou a ausência de personagens, atores encarnando protagonistas ou antagonistas, se dá por meio de jogos de luz e sombra. Quando queremos fazer existir jogamos sobre eles luz, focamos, focalizamos, iluminamos. Quando queremos que desapareçam retiramos a luz. Mas todos existem em possibilidades de jogos de luz e sombra, focos diretos ou indiretos. Sem inocências, isso deriva de escolhas e do que desejamos tornar relevante e dar destaque, resultado de jogos laboriosos de disputas discursivas e de poder.

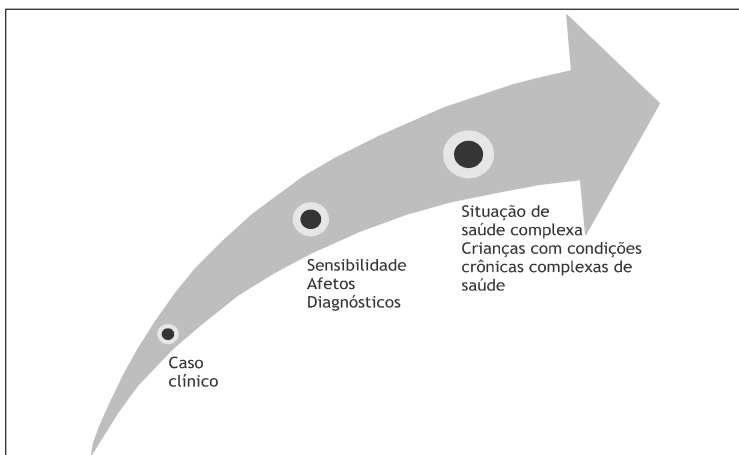
O anúncio de um diagnóstico grave, marcado pela incurabilidade na criança, seja ao nascimento ou ainda no pré-natal, seja ainda na primeira infância, ou, mais tardiamente, muitas das vezes, se revela associado a uma situação de saúde complexa. Dentre outros aspectos essa complexidade se caracteriza pela demanda de tecnologias de cuidado “duras”: caras, de acesso difícil, que demandam aprendizado técnico de uso, e que na alta para casa precisam de supervisão profissional. E a elas se reúnem as tecnologias relacionais que vão oferecer condições de unir competência técnica e afetiva, organizando um trabalho em equipe e através de equipes para encarar o fato de que essas crianças não são símbolos de contraprodução, um negativo ou impeditivo ao aprendizado profissional. Mas elas representam uma necessidade de INCREMENTO às práticas de atenção à saúde da criança, e

daí são geradoras de aprendizagens, que servirão não somente para o trabalho com elas, mas com quaisquer crianças que precisam de manejo e abordagem sensível. Com relação a isso que denominamos “abordagem sensível” vale evocar as possíveis contribuições para o contexto da vigilância do desenvolvimento infantil (Opas, 2005). Nas bases dessa discussão reside a preocupação com “um desenvolvimento infantil satisfatório” (p. 8) correlacionando o mesmo com os ideais de futuro, de uma criança que se tornará um “cidadão mais resolvido, apto a enfrentar as adversidades que a vida oferece, reduzindo-se assim as disparidades sociais e econômicas da nossa sociedade” (Opas, 2005, p. 8). Ou seja, a perspectiva desenvolvimentista, que relaciona o olhar vigilante sobre a criança, buscando o esperado e, consensuado como normal, contrasta com a necessidade de abordar “desenvolvimentos” não típicos, inesperados, que, no entanto, são condizentes com novos corpos de crianças que sobrevivem e vivem com condições crônicas complexas de saúde, e que criam outras formas de viver com apoios profissionais e familiares (Moreira, 2015). A preocupação em detectar “atrasos ou desvios” (Opas, 2005, p. 8) em crianças típicas, nascidas sem alguma síndrome, não deve nos deixar de encarar que as crianças “atípicas”, cujo crescimento e desenvolvimento desafia as normas, também passarão a gerar novas “normatividades” (Canguilhem, 1978), provocando revisões em nossos padrões, e outros aprendizados profissionais.

Quando falamos de condições crônicas de saúde em crianças e adolescentes a primeira reação, entre leigos e até profissionais, é de estranhamento. Afinal o mais comum é associarmos as condições crônicas aos ciclos de vida mais avançados e claro aos seus sujeitos — adultos e idosos — ou ainda à perspectiva de que a doença crônica é resultado de estilos de vida pouco saudáveis, de um desgaste gerado no organismo. Essa última vertente de interpretação da doença crônica segue uma tradição de estudos da promoção da saúde que constrói um circuito que relaciona a doença crônica a uma escolha racional de um sujeito com hábitos e estilos de vida “equivocados”, responsável por sua doença.

Com relação à doença crônica na infância e adolescência há algo que contraria uma expectativa ideal de desenvolvimento “saudável”, linear e contínuo, o que torna ainda mais “embaraçosa” essa união de início da vida e cronicidade.

Figura 1. Do caso à situação complexa de saúde

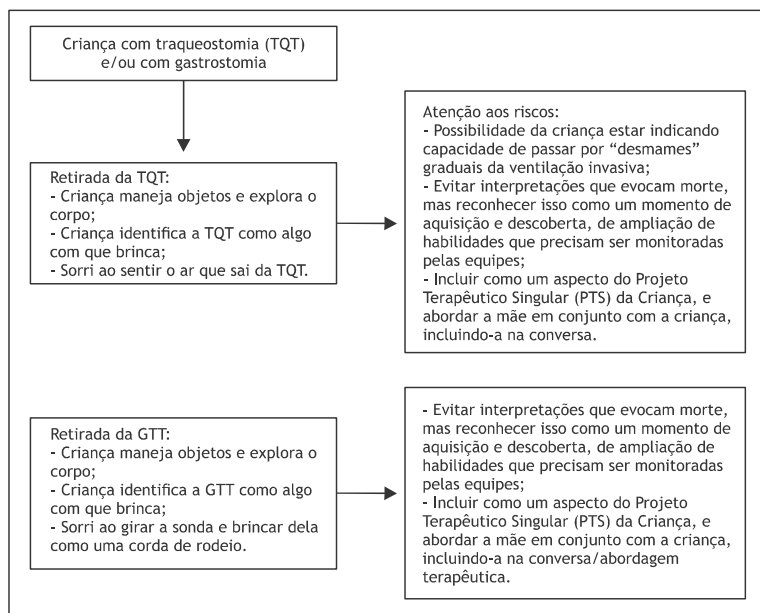


A complexidade que revela incrementos e aquisições, e não perdas ou desvios, pode nos orientar quanto à: *a)* referência longitudinal do cuidado, no sentido de que as vemos em uma linha de tempo dinâmica, composta de muitas nuances, que incluem aquisições e desgastes clínicos, mas não somente perdas/degenerações; *b)* da Interface intersetorial, na composição e reconhecimento, por exemplo, da necessidade de dialogar com associações civis de familiares de doentes, com o poder legislativo por ações de *advocacy*, com o poder judiciário quando as ações judiciais movidas individualmente ou coletivamente se revelam como espaços de existência pública dessas crianças, e de analisadores de lacunas do Estado na atenção a elas; *c)* da capacidade de gerar novas aprendizagens baseadas na técnica e na sensibilidade; *d)* da possibilidade de aprender mais sobre a vigilância do desenvolvimento infantil, se incluirmos as diferenças que demarcam o desenvolvimento mediado por situações de adoecimento complexas na

infância; e) da necessária atualização das ações de vigilância do desenvolvimento infantil, a partir de outros marcos, situados fora da curva normal ou típica, mas instalados pela premência normativa que essas crianças geram na relação entre organismo e ambiente. Aqui nos valem da discussão de Canguilhem (1978, p. 158) para quem a saúde é a capacidade de instaurar novas normas de vida. Nas palavras do autor: “[o] que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir novas normas em situações novas”.

Citamos aqui como exemplo dessa discussão sobre marcos atualizados do desenvolvimento infantil de crianças complexas, com situações de vida complexas, a prática de descoberta pela criança da traqueostomia e da gastrostomia como “partes” de seu corpo:

Esquema 1. Exemplo do desenvolvimento infantil com tecnologias de suporte a vida no corpo



Quando um hospital é mais familiar que uma casa: explicitando o que queremos iluminar

O reconhecimento público dessas crianças com condições crônicas de saúde depende da nossa capacidade de saber quem são, onde estão e como vivem. De reconhecer suas necessidades e compreender que precisamos ultrapassar a imagem de inviabilidade que parece constituí-las. Ultrapassar o entendimento do crônico como um adjetivo negativo: o final de linha, aquele fora de possibilidades terapêuticas e, por isso mesmo, necessitando estar restrito ao universo hospitalar e/ou precisando de um “lugar especial” para funcionar como guarda e cuidado.

Além de desconstruir esses equívocos, há a necessidade de contá-las — epidemiologicamente, e/ou como grupos relevantes na atenção básica, por exemplo — e contar com elas, gerar definições que especifiquem melhor suas necessidades. O direito de existir passa pelo direito de ser “contado”, de assumir relevância social, e a vida cívica passa pela possibilidade de ser reconhecido e existir quando se está registrado, possibilitando a geração de dados e de discursos.

Mesmo que epidemiologicamente tenhamos noção de que essas crianças não são as mais prevalentes, ainda assim elas são “as mais caras”, e suas existências e direitos de vida com qualidade têm sido reivindicadas por aqueles atores que mais as conhecem, iluminam e cuidam: as famílias, com destaque para suas mães. E aqui é preciso apontar que, além das famílias, outros atores sabem muito sobre elas — os profissionais de saúde situados na atenção especializada. Onde se diversificam as especialidades, onde se concentram insumos e estratégias de reabilitação. Os hospitais são grandes concentradores dessas crianças e adolescentes. E isso não se dá por acaso. O fato de nascerem em hospitais de referência, ou precisarem de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (porque ainda no pré-natal se reconheceram agravos que necessitariam de cuidados especiais e especializados), as fazem iniciar uma carreira de doentes muito antes de nascerem.

Para as crianças nascidas sob o signo das condições de saúde crônicas e raras, as relações de cuidado remetem às exigências prolongadas de suporte, e busca gradativa por garantir qualidade e direito à vida. Incluindo nessas relações não somente os familiares e profissionais de saúde, mas também os suportes jurídicos para garantir acesso à vida pública. Esse percurso conta com mediações simbólicas — como o enfrentamento dos estigmas (Goffman, 1988) da inviabilidade, da gravidade, da fragilidade, do que se revela forte, supera e sobrevive — que se somam aos custos sociais de manejo da situação complexa de saúde. Nesse sentido a carreira de doente dessas crianças se define como a relação entre as exigências das famílias de manejar a condição crônica de saúde e enfrentar os estigmas que as marcam, e ainda gerenciar as demandas contínuas por saúde em espaços institucionais e familiares, de forma que supere o estigma de “doente inviável” e alcance a situação de criança marcada pela diferença.

O nascimento, sobrevivência, crescimento e desenvolvimento dessas crianças, muitas vezes alcançando a primeira infância ou até mesmo aquelas em faixa etária pré-escolar, frequentemente, se dá no ambiente hospitalar. Sua trajetória hospitalar precoce deixa marcas, em um ambiente de tantos controles, que oferece tantos riscos derivados do não programado, do não previsto, e do não desejado nas práticas de cuidado — as reconhecidas iatrogeneses clínicas. Ainda assim esse ambiente simbolicamente, no plano imaginário, representa a segurança de ter a presença permanente e vigilante dos profissionais de saúde, sua autoridade técnica, o acesso aos exames, insumos, tecnologias e apoios.

Vemos então instalado um paradoxo: um hospital pediátrico deveria ser um lugar transitório, lugar de passagem, nas funções de recuperação da saúde de crianças e adolescentes. No entanto, esse hospital vê-se lançado hoje em um lugar não tão transitório na vida das crianças que superam os signos da inviabilidade, surpreendem as expectativas e crescem, necessitando de aportes tecnológicos cada vez mais complexos, e que impulsionam os profissionais de saúde a serem criativos, ousados na técnica e na criação, na competência e no afeto. São crianças, por

exemplo, que vivem ventiladas em enfermarias, que usam traqueostomias e gastrostomias, oxigênio suplementar, que precisam de monitores e oxímetros. A presença dessas crianças produz novas mães: as que expressam o bem-estar de seus filhos não só pela capacidade de estarem ativos, brincando, sorrindo, indo à escola, mas porque saturam em tal e qual índice, que estão conseguindo gavar¹ tantos e quantos mililitros de alimentação por sonda. São mães que aprendem a manejar traqueostomias e gastrostomias, a trocar dispositivos, avaliar suas mudanças de cor, o odor das secreções, a respiração como sinais que podem estar anunciando futuras agudizações clínicas.

Não há como calar ou deixar fora de nossos focos de interesse essas crianças e suas mães. Sua existência não se reduz às obstinações terapêuticas, que fazem viver quem possivelmente teria a morte como horizonte próximo. Essas crianças são resultado de tudo que oferecemos à sociedade como tecnologias, que incluem desde o desenvolvimento de novas vacinas, de antibióticos e outros medicamentos mais efetivos, como também, dos avanços da terapia intensiva neonatal e pediátrica, assim como, os das técnicas de cirurgia pediátrica, e engenharia biomédica. Se falamos anteriormente do paradoxo exposição/segurança no que se refere ao hospital como lugar de cuidado, aqui cabe apontar para o que denominamos como um paradoxo neonatal e pediátrico. Ele seria resultado de uma composição entre a melhora da sobrevivência de um grupo de crianças com doenças de longa duração, com concomitante geração de um segmento de crianças com outras necessidades de estrutura, perfil e organização de serviços pediátricos e necessárias adaptações tanto na formação e habilitação de especialistas, envolvidos nesse tipo de cuidado, como dos profissionais que são responsáveis pelo cuidado na atenção primária.

1 A gavagem é uma técnica utilizada para a alimentação líquida e administração de medicamentos com o suporte de sonda oro ou nasogástrica (da boca ou nariz ao estômago), indicada para pessoas com incapacidade de receber qualquer substância por via oral.

Especificando possibilidades: a atenção domiciliar como um elemento mediador e de transição entre hospital pediátrico e atenção primária

A presença ou a existência dessas crianças é real. Elas não são ficções. Mesmo que estejam fora de nosso campo de visão, de nosso foco, de um rol de prioridades nos protocolos de atenção à saúde da criança. E a partir daqui vamos demonstrar o quanto essas crianças precisam de melhores qualificações.

A categoria condições crônicas de saúde como uma grande caixa onde cabem diversas definições de quadros clínicos, abarca desde doenças crônicas clássicas, as mais variadas deficiências e até mesmo as doenças transmissíveis, têm como traço comum a longa duração e/ou as necessidades de cuidados duradouros que visem administrar sintomas e os eventos agudos.

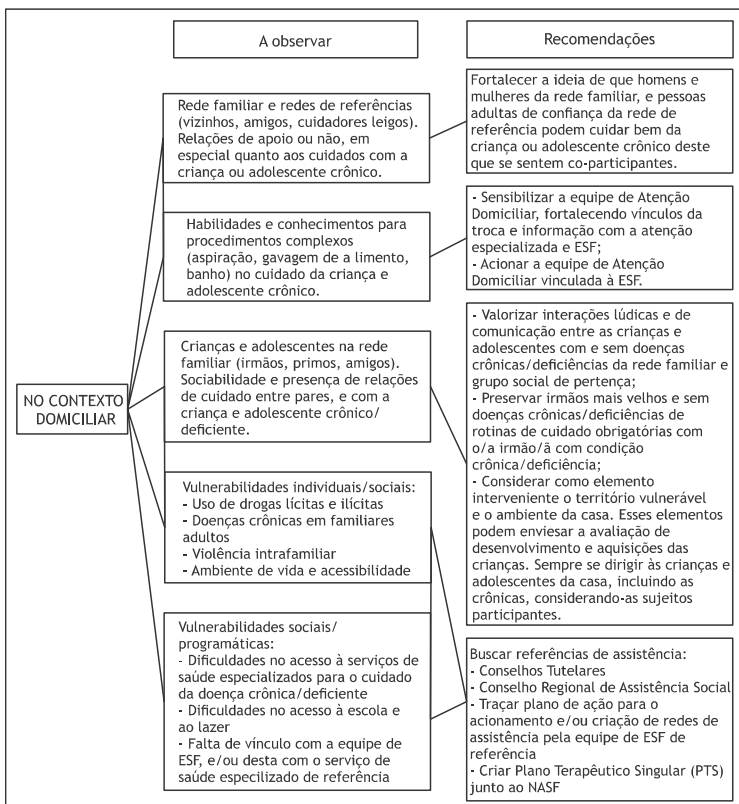
É preciso ainda encarar os desafios que o gerenciamento da doença crônica na criança gera na família, e que pode contribuir para o incremento de vulnerabilidades, por exemplo, relacionadas à violência. No caso, familiares como mulheres e irmãos saudáveis podem eles mesmos se verem submetidos às situações de descuido e violência, ao se encontrarem como cuidadores principais, negligenciando a própria saúde e direito a estudar, a viver o lazer, trabalhar.

Pesquisas indicam que as crianças com condições crônicas de saúde, o que inclui as deficiências e quadros de adoecimento de longa duração, são particularmente vulneráveis às mais variadas formas de violência e negligência dirigidas a elas seja no ambiente familiar, seja em ambientes escolares. E que a condição crônica de saúde da criança coloca grandes exigências sobre a família, o que pode deflagrar respostas violentas no que toca às práticas disciplinares. Em parte o incremento da irritabilidade dos pais nesses casos pode estar ligado ao estresse e às exigências relacionadas aos cuidados com a rotina mediada pela cronicidade. Como também pela recorrente “peregrinação” em busca de cuidados aos filhos, sobretudo, na adolescência, quando muitos são

desligados dos serviços de saúde de referência e “vagam” em busca de novas inserções institucionais.

Em síntese, a pesquisa que subsidia esse trabalho nos mostra a necessidade de uma atenção redobrada a alguns aspectos que cercam essas crianças e adolescentes, bem como explicita algumas recomendações que podem auxiliar gestores e profissionais envolvidos no cuidado a essa clientela no território. Tais aspectos e recomendações compõem o fluxograma a seguir.

Fluxograma 2. Vulnerabilidades e manejo ante as condições crônicas complexas em crianças e adolescentes



Uma das complexidades que caracterizam a condição crônica diz respeito ao fato de que dentro dela cabe a crise, a agudização

dos sintomas e ainda as comorbidades. Os eventos agudos se definem como manifestações exuberantes, de ordem objetiva ou subjetiva, de uma condição de saúde. As condições crônicas, em certas circunstâncias, podem manifestar-se sob a forma de eventos agudos: as agudizações das condições crônicas. As agudizações de condições crônicas como eventos-sentinela podem apontar para falhas sistêmicas da atenção à saúde e, logo, devem ser analisadas e gerar medidas de correção no sistema de atenção à saúde, especialmente na atenção primária em saúde. Existe a necessidade de nesse momento haver sintonia estreita entre atenção básica e hospitais de referência, onde estão situadas equipes que tanto podem atuar conjuntamente com a equipe de saúde da família, como oferecer retaguarda clínica, até mesmo com leitos para internação, caso isso se faça necessário na avaliação da criança identificada.

Precisamos refletir sobre as possibilidades de gerar atenção à criança e ao adolescente crônico e complexo, a partir não de vazios assistenciais, mas associando programas estratégicos ainda pouco acionados. Citamos, por exemplo, a necessidade de especificar as ações do Programa “Melhor em Casa” (Portaria n.º 963, de 27-5-2013)² para o segmento infante-juvenil. Nesse caso o cuidado domiciliar ou a atenção domiciliar é apontada como promotora de interface entre o hospital, a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família. Essa reflexão inclui a formação de equipes e a aproximação cada vez mais precoce entre as equipes que tanto conhecem essas crianças, onde os vínculos estão mais fortemente constituídos, e essas outras equipes que serão apresentadas, e passarão a fazer parte do circuito de cuidado. Ou seja, em vez de o processo de alta hospitalar ser visto como perda, é preciso contribuir para sua compreensão como aquisição. Isso significa tornar o hospital mais permeável à atenção primária, e vice-versa. Romper com o jogo de luz e sombra que torna essas crianças muito visíveis para quem trabalha em hospital, e muito enigmáticas, assustadoras e imprevisíveis para quem com elas não convive ou conhece a fundo.

² Ver detalhes na Nota Técnica explicativa da Portaria 963/2013 em <www/189.28.128.100/dab/docs/portaldab/nota_tecnica_sobre_portaria_963_2013.pdf>.

Nesse sentido, um exemplo a ser seguido, pode ser o das altas contingenciadas no município do Rio de Janeiro, surgido da preocupação com pacientes adultos internados nas emergências do Hospital Souza Aguiar ou ainda a busca de hospitais de referência para organizar experiências piloto de desospitalização de crianças e adolescentes com quadros crônicos/complexos de saúde.

Considerações finais

Situamos um cenário atual aquecido pelo interesse do Ministério da Saúde, via Departamento de Atenção Básica, onde se localiza a Coordenação de Atenção Domiciliar, de fazer dialogar a atenção básica e atenção especializada, por intermédio da atenção domiciliar às crianças e adolescentes com condições crônicas e complexas. Isso se dá pelo reconhecimento de que a atenção domiciliar em seus três níveis de classificação (AD1, AD2, AD3) classicamente vem sendo ocupada por um perfil de idosos e/ou adultos acamados, dependentes de ações de reabilitação, com doenças crônicas e fruto de desospitalizações. Segundo dados do Ministério da Saúde apenas cinco por cento das crianças em situações de desospitalização são alvo da AD. No momento, uma das áreas programáticas do município do Rio de Janeiro experimenta um projeto piloto de alta contingenciada que inclui uma parceria de ações de desospitalização de crianças e adolescentes com Condições Crônicas e Complexas de Saúde referidos ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz (INSMCA Fernandes Figueira/Fiocruz).

Indicamos a partir desse trabalho, e privilegiando o cenário político acima, algumas possibilidades de organização e/ou inclusão das crianças e adolescentes com condições Crônicas Complexas (CCC) na agenda da atenção básica, pela ESF:

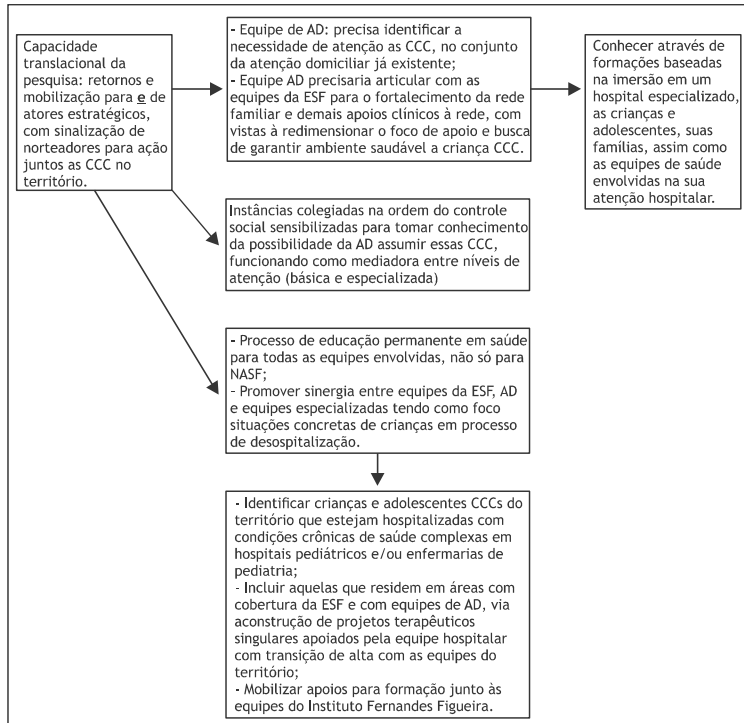
A) Observa-se a necessidade de fortalecer a referência e a relação de troca entre as equipes da Atenção Domiciliar no Rio de Janeiro e a atenção básica, como estratégia de qualificar o cuidado domiciliar. Talvez um dispositivo disparador ou indutor de qua-

lificação dessa relação, quanto à visibilidade possível da criança crônica complexa, seja o apoio das equipes situadas em hospitais especializados com crianças em vias de alta, para receber a equipe de AD e a da ESF para participar da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dessas crianças e adolescentes;

B) A abordagem da Equipe de Atenção Domiciliar (AD) que já existe na estrutura do Teias-Escola Manguinhos, apontando negociações com a Secretaria Municipal de Saúde para incremento de parcerias que já estão em curso com outras Coordenações de Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro (CAPs) incluindo o Teias-Manguinhos;

C) Em termos de processo sugerido apontamos o fluxograma a seguir:

Esquema 2. Síntese sobre translação em atenção à saúde de crianças e adolescentes com condições crônicas complexas



Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Programa “Melhor em casa”. Portaria n.º 963, de 27 de maio 2013. Nota Técnica Explicativa da Portaria n.º 963, de 27 de maio 2013. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nota_tecnica_sobre_portaria_963_2013.pdf>.
- Canguilhem, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- Duarte, L. F. D. & Gomes, E. C. *Três famílias: identidades e trajetórias transgeracionais nas classes populares*. Rio de Janeiro, FGV, 2008.
- Goffman, Erving. *Estigma*. Petrópolis: Vozes, 1988.
- Gómez, C. M. & Minayo, M. C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar, 2006. Disponível em <http://www.interfacehs.sp.senac.br/br/artigos.asp?ed=1&cod_artigo=11>
- Laburthe-Tolra, P. & Warnier, J. P. *Etnologia-Antropologia*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- Moreira, M. C. N. “E quando a doença crônica é das crianças e adolescentes? Contribuições sobre o artesanato de pesquisas sob a perspectiva da sociologia da infância e da juventude”. In: Castellanos, M. (org.). *Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais*. Fortaleza: Uece, 2015.
- Organização Pan-Americana da Saúde. *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI*. Washington, DC: Opas, 2005.
- Organização Mundial da Saúde. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília, 2003.

CAPÍTULO 10
EM BUSCA DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS
COM FOCO NA PESSOA COM *DIABETES*
MELLITUS EM MANGUINHOS — CONHECER
PARA MELHORAR

VERA LUCIA LUIZA
LUISA ARUEIRA CHAVES
LUIZ VILLARINHO PEREIRA MENDES
RITA DE CÁSSIA SOBRAL

o0o

**Caracterização: os serviços farmacêuticos
na atenção primária e a *Diabetes mellitus*
no território de Manguinhos**

SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), metade da população mundial não toma corretamente seus medicamentos (World Health Organization, 2004). As consequências desse cenário não se restringem unicamente aos indivíduos, impactando o sistema de saúde como um todo. As ações voltadas para a gestão técnico-administrativa da Assistência Farmacêutica (AF), ou seja, as estruturadas para dar conta da logística do medicamento não são suficientes no enfrentamento desse problema. Não obstante, na prática dos serviços, muitas vezes o foco é dado apenas a esses processos. O desafio é implementar um novo enfoque que se aproxime mais dos usuários e de suas reais necessidades quanto ao uso de medicamentos. Para tal, faz-se necessária a incorporação de tecnologias de gestão clínica do medicamento. Esta configura-se como uma atividade assistencial,

fundamentada no processo de cuidado, relacionando-se com a atenção à saúde e com os resultados terapêuticos efetivamente obtidos (Correr, Otuki & Soler, 2001).

Mais especificamente no que tange à APS, a Assistência Farmacêutica (AF) encontra campo fértil para sua renovação (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2013). Considerada pelo Ministério da Saúde (MS) o eixo organizador da Rede de Atenção à Saúde (RAS), cabe à APS o papel de articuladora dos diferentes níveis de assistência. Isso é especialmente importante no caso dos indivíduos com enfermidades crônicas, como os portadores de *Diabetes mellitus* que normalmente necessitam de serviços de maior complexidade e consulta a especialistas. Faz parte das atividades clínicas da AF o acompanhamento dos pacientes e harmonização dos tratamentos realizados, incluindo a interlocução com os diferentes prescritores e o usuário (Pepe, 2000). Assim, a coordenação do cuidado, dimensão essencial da APS, encontra um de seus componentes na assistência farmacêutica, devendo contar com o auxílio de profissionais capacitados para sua execução.

As unidades de saúde do território de Manguinhos assim como de outros territórios da cidade do Rio de Janeiro oferecem ótima oportunidade para desenvolver novas formas de atuação do profissional farmacêutico na APS, visto que, apesar de o Ministério da Saúde não prever esse profissional como parte da equipe das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Secretaria Municipal de Saúde desse município optou por capilarizar a presença do farmacêutico na ponta, em contato direto com os usuários da atenção básica e com a equipe multidisciplinar. Isso propicia uma gama de oportunidades para que esse profissional contribua para a melhoria das condições de saúde no território em que atua.

Além do importante perfil de mortalidade, a diabetes, apresenta um perfil de morbidade relevante, estando associada a infartos, acidentes vasculares cerebrais, retinopatia, insuficiência renal e neuropatias (Brasil, 2013). O alto custo social e econômico do tratamento das complicações tornam o controle

das patologias peça fundamental para a prevenção dessas morbididades relacionadas.

Nesse sentido, o principal objetivo desse trabalho foi, a partir de um diagnóstico das características do cuidado e da população-alvo de indivíduos diabéticos no território, apontar diretrizes para a melhor organização dos serviços farmacêuticos.

Relato de experiência

Este estudo envolveu as três unidades de saúde do território de Manguinhos: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), Clínica de Saúde da Família Vitor Valla (CSFVV) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Manguinhos. Foi desenvolvido em dois momentos conforme descrito abaixo.

DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

A coleta de dados incluiu entrevistas com diferentes profissionais de saúde (gestores, médicos, enfermeiros, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde), envolvidos no cuidado aos diabéticos no território. Também foram consultadas as bases de dados Alert®SAIS e a Ficha A. O Alert®SAIS é o Sistema Avançado de Informações na Saúde da empresa Alert, que cria soluções integradas para a informatização dos cuidados de sistemas de saúde e empregado por algumas das organizações sociais em saúde (OSS) contratadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio desde 2011.¹ Os sistemas empregados pelas OSS geram dados para avaliação quanto ao alcance de metas assim como do desempenho das equipes de atenção básica e das OSS. A Ficha A² é uma das utilizadas para a estruturação do trabalho das equipes de atenção básica e é empregada no cadastramento das famílias (Brasil, 2000).

As informações da Ficha A dizem respeito à população de 935 diabéticos existentes na área (Quadro 1). Com a margem

1 <http://www.alert-online.com/sites/default/files/pdfs/monofolha_SP_BR.pdf>, acessado em 12-2-2016.

2 <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>, acessado em 12-2-2016.

de segurança para as perdas e com base em recomendações metodológicas do OMS (WHO, 1993), foram analisados a partir do Alert®SAIS 120 prontuários, selecionados aleatoriamente. O período de referência foi de 1.º-8-2011 a 1.º-8-2012. Para a verificação dos registros em consultas foi considerada como referência a última consulta médica no período estudado. Foram utilizados como parâmetros as informações apontadas na linha de cuidado de doenças cardiovasculares e diabetes do município do Rio de Janeiro (Secretaria Municipal, 2011).

Com base no resultado da análise das informações extraídas do Alert®SAIS, da revisão bibliográfica e de uma proposta preliminar, foi realizada uma oficina dialógica com os gestores, farmacêuticos das unidade de saúde de Manguinhos e representantes da população, para, de forma coletiva, desenhar-se uma proposta final, assim como indicadores de acompanhamento e de resultado para a avaliação de sua implementação.

Quadro 1. Dados obtidos do Alert®SAIS e Ficha A

- * Sexo
- * Data de nascimento (DD/MM/AAAA)
- * Quais medicamentos utiliza para o tratamento da DM2?
- * Tem alguma complicação (s) da DM? Qual(is)?
- * Faz tratamento medicamentoso para essas complicações?
- * Se sim, quais medicamentos utiliza para essas complicações?
- * Apresenta alguma(s) comorbidade(s)? Qual(is)?
- * Índice de Massa Corporal (IMC)
- * Pressão Arterial Diastólica (PAD)
- * Pressão Arterial Sistólica (PAS)
- * Quantas consultas médicas marcou de ago. 2011 a ago. 2012?
- * Quantas consultas de enfermagem marcou de ago. 2011 a ago. 2012?
- * Participa de algum grupo educativo? Qual(is)?
- * Atendimento em emergência/urgência relatada de ago. 2011 a ago. 2012? Se sim, quantos desses eventos estão relatados de ago. 2011 a ago. 2012?
- * O paciente tem algum acompanhamento referenciado com algum especialista? Se sim, qual(is) a(s) especialidade(s)?
- * Diagnóstico da doença há quanto tempo?
- * Hemoglobina glicada (Mais recente do período de ago. 2011 a ago. 2012)
- * Glicemia de jejum (Mais recente do período de ago. 2011 a ago. 2012)

OFICINAS COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A realização das oficinas com os profissionais do território para apresentação dos resultados e discussão teve o intuito de formular coletivamente um conjunto de recomendações gerais e

específicas para a estruturação dos serviços farmacêuticos na APS no território.

Essa discussão teve como base um resumo executivo com os principais resultados das etapas anteriores. Em ambas as oficinas foi proposta uma dinâmica em que os profissionais deveriam apontar, com base nos resultados apresentados pela equipe, aspectos que se encaixariam na categorias “Que pena que”, “Que bom que” e “Que tal se”. As relatorias de ambas as oficinas foram enviadas aos seus participantes para sua revisão e seus achados encontram-se relatados a seguir.

Resultados

O PERFIL DOS PORTADORES DE *DIABETES MELLITUS* NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS

Caracterização da amostra

* Os 120 pacientes analisados apresentaram média de idade de 61,1 anos ($\pm 12,3$) e 56,3% eram mulheres.

Condições de saúde

* Segundo informações do sistema Alert®SAIS, há 935 diabéticos no território, o que significa uma prevalência de 2,6%.

Tabela 1. Comorbidades entre os pacientes diabéticos, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2011-2012

Doenças ativas no período da coleta	Total	%
Hipertensão arterial	76	66,6
Obesidade	7	6,1
Transtorno mental	8	7,0
Insuficiência cardíaca	3	2,6
Glaucoma	2	1,7
Insuficiência renal crônica	2	1,7
Outros*	12	10,0

Fonte: Alert®SAIS, na amostra de 120 usuários.

*Comorbidades com apenas uma ocorrência na amostra: Catarata; Cistite; Uremia extrarrenal; Amenoreia; Anemia; *Angina pectoris*; Arritmia cardíaca; Cirrose alcoólica; Fratura de fêmur; Gontrose; Hipotireodismo; Psoríase.

* Dos 120 prontuários analisados, 71,3% deles apresentavam pelo menos uma comorbidade, sendo a hipertensão arterial, seguida de obesidade e transtorno mental, as mais frequentes (Tabela 1).

Uso de medicamentos

Tabela 2. Perfil de consumo de medicamentos, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2011-2012

Variável	N	%
Média de medicamentos por paciente	–	Média: 3,8 ($\pm 1,8$)
% de pacientes em uso de insulina	19	20,9
% de pacientes que tomam até 2 medicamentos	22	24,0
% de pacientes que tomam de 3 a 5 medicamentos	57	61,0
% de pacientes que tomam 6 ou mais medicamentos	13	14,0

* Foram identificados 35 diferentes medicamentos utilizados pelos 120 indivíduos estudados. Destes, 24% faziam uso de até dois medicamentos, 61% usam de três a cinco e 14% tomavam mais que cinco medicamentos. A média de medicamentos prescritos por usuário foi de 3,8 ($\pm 1,8$) (Tabela 2).

Tabela 3. Medicamentos de uso crônicos por pacientes diabéticos com prevalência maior ou igual a 1%, Manguinhos, Rio de Janeiro. 2011-2012

Medicamentos	Total	%
Metformina	63	17,9
Enalapril	41	11,7
Hidroclorotiazida	39	11,1
Glibenclâmida	33	9,4
AAS	32	9,1
Sinvastatina	25	7,1
Anlodipina	20	5,7
Insulina	19	5,4
Atenolol	18	5,1
Losartan	14	4,0
Captopril	7	2,0
Omeprazol	4	1,1
Total	351	100

Medicamentos referidos com frequência menor que 1%: Ácido fólico; Alopurinol; Amitriptilina; Carvedilol; Ciprofibrato; Clonidina; Clorpromazina; Diazepam; Digoxina; Ecalcio; Espironolactona; Fluoxetina; Furosemida; Gliclazida; Haloperidol; Hidralazina; Indapamina; Isossorbida; Metformina de liberação prolongada (Gliffige®XR); Prometazina; Propranolol; Ranitidina; Sulfato Ferroso.

* Em relação à oferta destes medicamentos, apenas 8,5% não eram distribuídos no setor público e 14% não faziam parte do elenco da APS do município do Rio de Janeiro;

* Em números absolutos, isso significou que apenas três (Metformina de liberação prolongada, Ciprofibrato e Clonidina) de 35 medicamentos identificados no estudo não estavam disponíveis no sistema público. O perfil de medicamentos identificados refletiu as comorbidades frequentes presentes nos pacientes diabéticos (Tabela 1 e Tabela 3).

O CUIDADO PRESTADO AOS PORTADORES DE *DIABETES MELLITUS* NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS.

Grupos educativos

* Apenas 21,5% da população de DM participou pelo menos uma vez de algum desses grupos no período considerado no estudo;

* Nas entrevistas com representantes de cada equipe, todos relataram realizar atividades de grupo para diabéticos;

* Alguns grupos em rodas de conversa ou palestras abordavam temas como alimentação, cuidados com o pé, importância da adesão ao tratamento e de exercícios físicos, explicação sobre a doença, entre outros. Da mesma forma, outras equipes, em razão da grande demanda por consultas de acompanhamento de diabetes, utilizavam esse espaço como grandes “consultas coletivas” com aferições de pressão, de glicemia capilar, entrega de resultados de exames, consulta com enfermagem e médicos, além de classificação de risco para priorizar agendamentos de consultas médica;

* Todos comentaram realizar orientação alimentar para os pacientes dos grupos;

* A média de participantes por encontro foi de quinze pessoas, porém todos relataram grande variabilidade desse número a cada encontro;

* Em relação à periodicidade dos encontros, estes foram bastante variáveis entre as equipes, podendo ocorrer quinzenal, mensal, bimensal, trimestral ou até semestralmente. Alguns relataram ocorrer de acordo com a demanda ou viabilidade de realização;

* Os profissionais de saúde citados como participantes desses encontros foram: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e nutricionistas. Nenhuma equipe relatou a participação do profissional farmacêutico nos grupos.

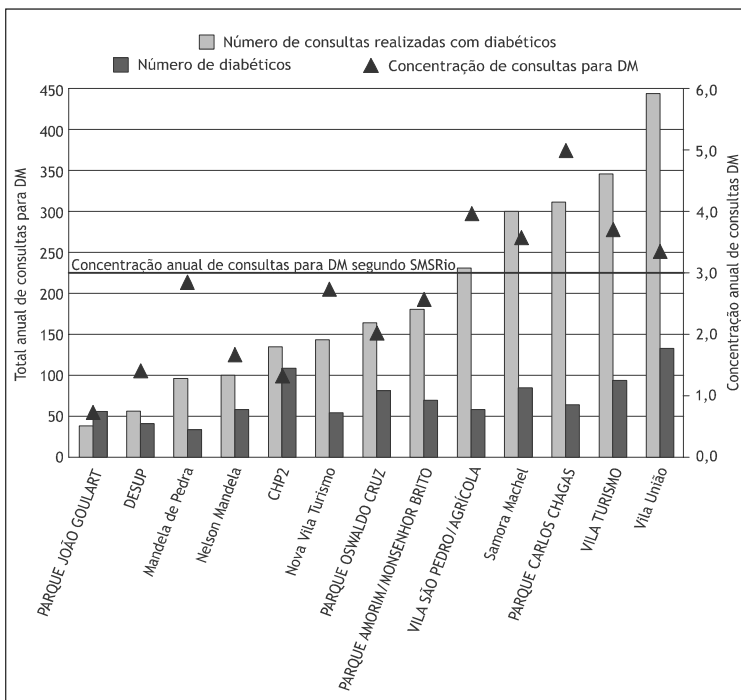
Acompanhamento médico

* Quanto à periodicidade das consultas, era preconizado que os usuários com DM de menor risco se consultassem a cada seis meses, e os de maior risco, a cada trimestre;

* Um relatório do sistema Alert®SAIS apontou que aproximadamente um quarto dos pacientes não realizaram consultas nos doze meses abrangidos pelo estudo;

* Os profissionais também relataram durante as oficinas que um pequeno grupo de diabéticos costuma sobrecarregar a clínica.

Figura 1. Número de consultas realizadas e número de pacientes diabéticos cadastrados por cada equipe de saúde. Mangunhos, Rio de Janeiro, 2011-2012



* Para cada equipe de saúde da família, o número médio de consultas realizadas em um ano com diabéticos não é proporcional ao número de pacientes portadores dessa enfermidade cadastrados;

* Apenas cinco equipes apresentam número médio de consultas realizadas com diabéticos em um ano superior a três (conforme recomendado pela SMSDC-RJ);

* Menos da metade das equipes realizaram mais que duas consultas no ano, conforme preconizado pela linha de cuidado da diabetes do município do Rio de Janeiro (Secretaria Municipal, 2011);

* Em relação à distribuição desses pacientes pelas equipes de saúde da família, observou-se que três equipes concentraram 36% da população diabética do território. Era esperado que as equipes com maior número de diabéticos também concentrassem o maior número de consultas, o que, porém, não ocorreu.

Prescrição e dispensação de medicamentos e insumos

Tabela 4. Características da dispensação de medicamentos e insumos

Unidade de saúde	Dispensação para (dias)		Validade da receita (dias)	
	Hipoglicemiantes orais	Insulina e insumos de controle glicêmico	Hipoglicemiantes orais	Insulina e insumos de controle glicêmico
CSFVV	30-60	30	30-60	30
CSEGSF	60	30	180	180
UPA	7 (variável)	-	7	-

* Na CSFVV a dispensação dos hipoglicemiantes orais ocorreu a cada 30-60 dias, podendo o paciente retornar com a mesma receita para uma nova dispensação. A insulina e os insumos para o controle glicêmico eram dispensados para um mês, não sendo válido retornar com a mesma receita para dispensação de mais produtos. Caso o paciente necessitasse de mais insumos, deveria solicitar uma transcrição da receita original ou nova receita médica;

* No CSEGSF a prescrição dos hipoglicemiantes orais podia ser validada para até seis meses sendo a dispensação feita para sessenta dias. A dispensação de insulina era feita para cada trinta dias, podendo a prescrição igualmente ter validade de até seis meses;

* Em ambos os casos, a data de retorno do paciente era indicada na receita com a informação da necessidade ou não de trazer nova receita;

* A quantidade de demandas no acolhimento para transcrição de receita era grande (2.155 acolhimentos), sendo bastante heterogêneos entre as equipes de ESF, de 1% a até 15% da demanda total do acolhimento, e representando a quinta e décima causa para essa demanda;

* Na UPA não há rotina de investigação da doença ou dispensação de medicamentos de uso contínuo a longo prazo, sendo eles dispensados para, no máximo, uma semana. Porém, a quantidade prescrita varia de acordo com o prescritor;

* Na UPA, havia transcrição pelo médico de uma receita anterior, em alguns casos já vencida (horários de não funcionamento das clínicas de saúde, por exemplo).

Considerações sobre o trabalho em rede

* O atendimento realizado na UPA-Manguinhos a diabéticos visa ao tratamento sintomático;

* Na UPA, o encaminhamento para a unidade de atenção primária era realizado por meio da guia de referência e contrarreferência, com o campo da unidade de referência em aberto;

* Já na CSFVV e CSEGSF, os pacientes que apresentavam alguma complicação da doença eram encaminhados para consulta com um especialista por meio do sistema de regulação (Sisreg). Por mais que esse sistema tenha facilitado o mecanismo de agendamento de consultas e de serviços especializados, os profissionais relataram uma demora importante entre o agendamento e a realização da consulta e/ou serviço requerido;

* Houve questionamento dos médicos da CSFVV sobre o curto prazo da dispensação de medicamento da UPA, pois, por

mais que essa tenha a função de atendimento de emergência e não de cuidado contínuo, esse tempo não foi considerado suficiente para que os pacientes obtivessem consulta na CSF;

* Também foi relatada uma relação informal entre os farmacêuticos da UPA e de uma das CSF do território para encaminhar paciente daquela unidade diretamente para a farmácia da CSF para a busca do medicamento de uso contínuo;

* Não foi relatado nenhum mecanismo formal de coordenação do cuidado do paciente ao longo dos níveis, as informações sobre os casos de internação e atendimento de emergência que chegam às ESF, eram apresentadas pelos ACS, relatadas pelos pacientes e ainda por mecanismo informal de comunicação entre os farmacêuticos da UPA e de uma das CSF.

Análise dos resultados

O PERFIL DOS PORTADORES DE *DIABETES MELLITUS* NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS

Os dados revelaram elevada prevalência de comorbidades. Deve haver atenção dos profissionais dos serviços farmacêuticos quanto a essa situação, no intuito de apoiar na organização dos regimes terapêuticos, assim como também devem estar atentos à existência de prescrições originadas por diferentes profissionais, também de unidades de saúde diferentes.

A Hipertensão, a Diabetes e a Obesidade tem fatores de risco semelhantes e podem contar com uma abordagem comum para sua prevenção. Vários desses fatores são comportamentais, e, portanto, potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais (Brasil, 2008). Quanto à recorrência do Transtorno Mental como comorbidade associada aos Diabéticos no território, esta era esperada (Ribeiro et al., 2009), tendo em vista a violência que marca a história da população de Manguinhos.

A elevada adequação do padrão prescritivo no território em relação ao elenco ofertado pelo SUS no município foi considerada

como fator positivo em ambas as oficinas realizadas com os profissionais. A pesquisa de orçamentos familiares (POF) vem demonstrando ao longo dos anos que quanto menor a renda da família maior é a parcela gasta com medicamentos (Boing, Bertoldi & Peres, 2011). Assim, os moradores de uma área carente são particularmente vulneráveis quanto ao acesso a medicamentos não disponíveis na rede pública. Uma importante contribuição do farmacêutico na equipe de saúde da família, além do seu papel quanto ao uso racional, é atuar na promoção do acesso aos medicamentos, orientando os usuários sobre possibilidades de fontes de obtenção públicas.

No Brasil, esse papel torna-se estratégico, dada a complexidade dos diversos mecanismos de acesso a medicamentos existentes no sistema público de saúde (por exemplo, Atenção Básica, Componente Especializado, Farmácia Popular do Brasil, Aqui tem Farmácia Popular, etc.). Tais mecanismos devem ser de conhecimento do profissional farmacêutico, dada sua função de apoiar o usuário e o prescritor quanto ao mais adequado uso dessas diferentes possibilidades de provisão. Também é ele, primordialmente, quem deve elucidar os procedimentos corretos para requisição dos produtos prescritos auxiliando à sua rápida aquisição pelos usuários, evitando os longos itinerários terapêuticos que muitos pacientes percorrem em busca de medicamentos (Gerhardt, 2006).

O CUIDADO PRESTADO AOS PORTADORES DE *DIABETES MELLITUS* NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS

A regularidade na realização de consultas com portadores de diabetes é uma importante estratégia para controle e tratamento dessa doença. Mendes (2013), analisando o uso racional de medicamentos entre indivíduos hipertensos e diabéticos atendidos em unidades básicas de saúde no município do Rio de Janeiro, verificou que os que faltaram menos às consultas apresentaram maior adesão ao tratamento e melhor uso racional de medicamentos como um todo. No entanto, em relação ao absenteísmo, não foi possível emitir relatórios que permitissem avaliação confiável.

A falta de relatos sobre a participação do farmacêutico nos grupos educativos, aponta para a necessidade da mudança de foco deste profissional que, principalmente no contexto da APS, deveria estar envolvido, também, em atividades de promoção da saúde de forma integrada às ESF. Além disso, estes espaços podem ser extremamente relevantes para a promoção do uso racional de medicamentos.

Com relação à dispensação de medicamentos, é possível perceber que não há sinergia entre esta e os fluxos de atendimento da equipe. Este dado aponta para a necessidade de desenvolvimento de estratégias para a integração desse fluxo de trabalho de forma a torná-lo mais fluido, pois além de onerar o paciente que tem de buscar diversos atendimentos para a transcrição da receita, também onera os enfermeiros e médicos nessa atividade.

Adicionalmente, sendo o farmacêutico integrante da equipe de saúde nas Clínicas de Saúde da Família, ele pode contribuir ao relatar e alertar as equipes sobre reações adversas, dificuldades quanto à utilização de medicamentos, uso concomitante destes com outras substâncias, falta de adesão à terapia medicamentosa, interações medicamentosas, entre outros. A detecção desses problemas torna-se tanto importante quanto factível, por ser a equipe de farmácia o ponto final no fluxo de atendimento e, no caso de pacientes crônicos, pela regularidade na interação dos pacientes com a farmácia. Devido a essa regularidade, a formação de vínculo e entre paciente e farmacêutico é favorecida, podendo resultar em maior confiança do paciente para relatar dificuldades, tirar dúvidas, etc. Esse aspecto, por mais que não tenha sido levantado em nossos instrumentos de coleta de dados, apareceu nas discussões das oficinas onde os farmacêuticos relataram problemas na utilização de medicamento e médicos e enfermeiros responderam que gostariam de ser notificados dessas situações.

O trabalho em rede requer coordenação e sincronia entre os fluxos das diversas unidades de cuidado à saúde. Em relação ao uso de medicamentos, isso significa um acompanhamento de internações e principalmente das altas, coletando informações sobre as causas da internação, novas terapias medicamentosas

prescritas e problemas de saúde detectados. Para muitas doenças crônicas, o curso natural da doença acaba deixando sequelas ou outros problemas de saúde, o que pode requerer cuidado especializado presentes em outros níveis do sistema. O território de Manguinhos tem como uma de suas particularidades a proximidade da unidade de pronto-atendimento com uma das UBS, favorecendo a criação de mecanismos de coordenação entre essas unidades. Outro fator importante é o mecanismo de comunicação informal entre os farmacêuticos desta UBS com o da UPA que pode ser mais bem organizado para contribuir de fonte de informação para as próprias ESF. Existem ferramentas e estratégias já consolidadas na literatura para abordagem de muitos desses problemas, por exemplo o seguimento farmacoterapêutico (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2013), que visa permitir o acompanhamento e harmonização de diferentes abordagens e a reconciliação terapêutica (Chhabra et al., 2012), que visa a garantia de continuidade de tratamento entre a hospitalização e o tratamento ambulatorial.

Descrição dos resultados e /ou impactos esperados desta experiência

* Atuação do farmacêutico em grupos educativos, em atividades voltadas à comunidade e intersetoriais com o objetivo da promoção da saúde e do uso racional de medicamentos.

As discussões dos resultados com os profissionais durante a realização das oficinas, orientadas pelas questões disparadoras (“que bom que”. . ., “que pena que”. . . “que tal se”. . .), geraram uma análise das fortalezas e problemas, além de recomendações para a reorganização dos serviços farmacêuticos do território de Manguinhos. A Figura 2 sistematiza algumas dessas recomendações para possível aplicação em outras realidades.

Figura 2. Recomendações gerais para reorientação dos serviços farmacêuticos na APS

- ✓ Atuação do farmacêutico em grupos educativos, em atividades voltadas à comunidade e intersetoriais com o objetivo da promoção da saúde e do uso racional de medicamentos.
- ✓ Dispensação orientada de medicamentos de modo a promover seu uso racional.
- ✓ Dispensação sistemática e em tempos regulares (30 dias) de medicamentos para pacientes crônicos contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre estes e a equipe da farmácia
- ✓ Registro sistemático do farmacêutico da farmacoterapia utilizada pelos pacientes e acompanhamento dos mesmos, especialmente aqueles que envolvam (ou “aqueles que sejam”) pacientes idosos, pacientes em uso de polifarmacoterapia e aqueles que fazem acompanhamento com especialista externo à CSF;
- ✓ Criação de canais de comunicação entre a farmácia e as ESF para relatar e discutir casos que envolvam problemas com o uso de medicamentos.
- ✓ Criação de espaços formais de conversa entre as ESF e a equipe de farmácia. Ou a inclusão da equipe deste serviço em espaços que já existentes.
- ✓ Discussão e acordo de fluxo de trabalho entre as equipes de saúde e a farmácia de forma que sejam harmônicos, fluidos e sinérgicos que não onerem o paciente nem a ESF.
- ✓ Garantia da validade da receita de medicamentos de uso contínuo para 6 meses.
- ✓ Atuação do farmacêutico em uma perspectiva mais abrangente e integrada à equipe de saúde;
- ✓ Coordenação da terapia medicamento do paciente entre os diferentes níveis do sistema

Referências

- Boing, A. C.; Bertoldi, A. D. & Peres, K. G. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*, vol. 45, n.º 5, pp. 897-905, 2011.
- Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, editor. *Siab: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica* [Internet]. 3.ª reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf>.
- , Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, *Brazil, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado in-tegral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília: Ministério da Saúde,

- Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica?: diabetes mellitus* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>, acesso em 16-2-2015.
- Chhabra, P.T.; Rattinger, G. B.; Dutcher, S. K.; Hare, M. E.; Parsons, K. L. & Zuckerman, I. H. Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: a systematic review. *Res Soc Adm Pharm*, vol. 8, n.º 1, pp. 60-75, jan. 2012.
- Correr, C. J.; Otuki, M. F. & Soler, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude*, vol. 2, n.º 3, pp. 41-9, 2011.
- Gerhardt, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Therapeutical itineraries in poverty situations: diversity and plurality. *Cad Saúde Pública*, vol. 22, n.º 11, pp. 2449-63, 2006.
- Mendes, L. V. P. *Desempenho da Atenção Primária e uso racional de medicamentos por pacientes hipertensos e diabéticos no município do Rio de Janeiro*. Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, 2013.
- Organizacioin Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS*. Washington, DC: OPS, 2013.
- Pepe, V. L. E. & Castro, C. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saúde Pública*, vol. 16, n.º 3, pp. 81522, 2000.
- Ribeiro WS, Andreoli SB, Ferri CP, Prince M, Mari JJ. Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: a literature review. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31:S49-57.
- Secretaria Municipal, Defesa Civil SubSecretaria, Programas Especiais. *Linha de Cuidado das doenças cardiovasculares e do Diabetes mellitus*. Rio de Janeiro, 2011.
- WHO (World Health Organization). *How to investigate drug use in health facilities: select drug use indicators*. Geneva: WHO; 1993.
- World Health Organization. WHO Medicines Strategy — Countries at the Core, 2004-2007. Geneva: WHO Press, 2004.

CAPÍTULO 11
TRILHAS DA PROMOÇÃO EMANCIPATÓRIA
DA SAÚDE EM DIÁLOGO
COM A ATENÇÃO BÁSICA

FATIMA REGINA PIVETTA
MARCELO FIRPO DE SOUZA PORTO
FABIANA MELO SOUSA
LENIRA FRACASSO ZANCAN
MARIZE BASTOS DA CUNHA
JAIRO DIAS DE FREITAS
GLEIDE GUIMARÃES

o0o

Começo de Conversa

DESDE 2003, o Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM) atua produzindo e divulgando conhecimentos sobre saúde, ambiente e políticas públicas do Território de Manguinhos entre diferentes atores sociais. Neste percurso, procuramos estar sempre em diálogo com os moradores de Manguinhos, nossa biruta nestas rotas por dentro do campo da saúde coletiva. Estamos também, constantemente, em interlocução com colegas da Fiocruz e outras instituições que atuam em serviços de saúde por meio de parcerias ou colaborações em projetos, ou em seminários, ou ainda em conversas de corredor. Com a equipe Teias-Escola Manguinhos estabelecemos uma comunicação mais próxima, participando desde o início das discussões do próprio projeto. Um diálogo que começou bem antes com muitos colegas do Centro de Saúde

Escola Germano Sinval Farias (CSEGSF). Todos estes intercâmbios, tecidos num solo comum, resultaram em avanços e recuos, caminhos refeitos, rotas e trilhas bem-sucedidas ou abandonadas.

Compartilhamos, neste texto, parte da experiência desse percurso realizado com os profissionais de saúde, especialmente os da rede de serviços do SUS, a partir de um eixo de reflexão que possa contribuir para com as práticas de trabalho de nossos interlocutores, nos territórios da atenção básica.

Queremos, a partir da ideia-força expressa no título “Trilhas da Promoção Emancipatória da Saúde em Diálogo com a Atenção Básica”, contribuir para a construção de possibilidades de fazer promoção da saúde a partir da atenção básica, que seja emancipatória e processual, nos lugares reais onde a vida acontece.

O que trazemos são contribuições de quem pesquisa e se situa “fora” dos serviços de atenção à saúde. No entanto, as diferentes formações da equipe do LTM, bem como o caminho assumido no desenvolvimento de nosso trabalho — por meio da pesquisa-ação, do diálogo regular com os profissionais dos serviços de saúde e com os moradores de Mangueiros, ensaiando novas linguagens para produzir e circular conhecimento e informação — permite o diálogo com ferramentas teóricas e metodológicas diversas, e diferentes atores

A equipe do LTM é formada por pessoas que possuem percursos diversos. A trajetória de uns foi iniciada na saúde do trabalhador e na saúde ambiental, como Marcelo Firpo Porto e Fatima Pivetta. Outros nas ciências humanas, como Lenira Zancan, Marize Bastos de Cunha e Jairo Freitas. Outros conjugam a experiência de morador, com o olhar de quem atua no campo da arte, como Fabiana de Melo Sousa e Gleide Guimarães.

atores, buscando compreender o que acontece no território, aproximando e confrontando várias leituras destes atores. A perspectiva aqui é, sobretudo, nos aproximar daquilo que acontece no dia a dia do território, procurando explicar não apenas as determinações da situação de saúde, mas também compreender a experiência dos que a vivenciam (Cunha & Frigoto, 2010). E, ainda, partilhar com atores do território, as informações e reflexões resultantes deste exercício de compreensão.

Para nós, o serviço de saúde é um espaço privilegiado deste compartilhamento. É o lugar para onde muitos dos problemas do território, experimentados por seus moradores, deságuam. E, sabemos que, por isso, muitos profissionais vivenciam seu cotidiano de trabalho como um drama. Um drama que nos faz recordar as palavras de Bourdieu:

[. . .] a situação precária em que se encontram os “trabalhadores da área social”, investidos pelo Estado (ou municipalidades) para garantir os mais elementares serviços públicos, principalmente em matéria de educação e saúde, às populações mais desfavorecidas dos grandes conjuntos habitacionais ou subúrbios, deixados cada vez mais abandonados pelo Estado. Esses funcionários refletem as contradições do Estado, que são vividas frequentemente no mais profundo deles mesmos, como se fossem dramas pessoais: contradições entre as missões, quase sempre desmedidas, que lhes são confiadas — principalmente, em matéria de emprego e habitação — e os meios normalmente irrisórios, que lhe são alocados; contradições, sem dúvida as mais dramáticas, produzidas em parte, pela sua ação, como as que resultam das esperanças e desesperos suscitados pela instituição escolar (1997, p. 219).

Atentos a essa dimensão dramática do trabalho de quem atua nos serviços, mais do que apresentar ideias, reflexões, conceitos, caminhos, propomos aqui um exercício de fazer perguntas. Vemos assim no campo da promoção da saúde, uma oportunidade de perguntar como intervir

O que trazemos para partilhar com os profissionais de saúde da atenção básica não são roteiros estruturados para chegar a alguma resposta, mas trilhas que possibilitem fazer as perguntas necessárias.

nos processos de determinação socioambiental da saúde e da doença em determinado território. Interrogar por que as coisas estão assim e o que fazer para provocar mudanças. É possível mudar sua prática, o processo de trabalho, as instituições? O

que fazer no plano individual e coletivo? Como fazer? Por onde começar? Esse, para nós, é o caminho para iniciar a trajetória de fazer promoção da saúde.

Pensamos que o mesmo espaço que dá lugar aos dramas aos quais se refere Bourdieu, o campo da saúde, e em particular o dos serviços, é também um lugar da potência. Em primeiro lugar, porque os que aí atuam possuem um horizonte de visibilidade fundamental à construção de políticas de saúde na atenção básica, que possam aproximar-se efetivamente da população e, em segundo lugar porque é onde as estruturas sociais se encontram em ação, segundo o mesmo autor.

Pensamos, nesse sentido, numa promoção emancipatória da saúde como processo dialético voltado à produção de conhecimentos e práticas que favoreçam a constituição de espaços de conquistas de liberdade, de redução de vulnerabilidades socioambientais e de exercício dos direitos humanos fundamentais. Concebida no âmbito territorial, a PS emancipatória tem como objetivo último o conhecimento e discussão dos problemas socioambientais e sanitários do lugar, visando transformar as políticas públicas e práticas institucionais a partir dos interesses legítimos e necessidades das populações (Porto & Pivetta, 2009).

Os territórios da atenção básica e das ESF são os das periferias e favelas das grandes cidades, que por suas situações de vulnerabilidade a solidariedade se fazem mais urgentes e necessários, como é o caso do Território de Manguinhos, uma favela da zona norte da cidade do Rio de Janeiro.

Castel afirma que o Estado Social entendido como o Estado de Bem-Estar e de Providência, tem o papel de fiador da solidariedade como “o vínculo que assegura a complementariedade dos componentes de uma sociedade a despeito da complexidade crescente da sua organização” (Castel, 1998, p. 35). Acreditamos que o Setor Saúde tem legitimidade para ser um fiador dessa solidariedade. Tanto pela luta histórica do Movimento Sanitário Brasileiro para superação das desigualdades sociais, quanto pela estruturação institucional da Saúde como um sistema de garantia de direitos, e que envolve desde a inte-

gralidade do cuidado até a participação e o controle social. Em particular, apostando-se na potencialidade estratégica do Programa da Saúde da Família como mecanismo de mobilização da população em torno de problemas que dizem respeito à qualidade de vida.

Essa legitimidade nos coloca como tarefa enfrentar três dimensões da injustiça social: a injustiça socioeconômica, a injustiça cultural e simbólica e a injustiça da distribuição do poder, para as quais devemos contrapor o princípio da redistribuição, o princípio do reconhecimento e o princípio da participação, respectivamente (Fleury, 2005).

Para a realização dessa tarefa precisamos constituir processos que permitam ampliar os “círculos de inclusão”, identificando nichos de confiança disponíveis na sociedade, que permitam ampliar os circuitos de troca para estruturação de um capital social que sustente a participação das pessoas em coletivos construtores de altos patamares de solidariedade e de cidadania.

A saúde, como uma das expressões do viver, possui dimensões sociais, éticas, morais e estéticas irredutíveis: depende de como os valores, interesses e conflitos se relacionam dentro das estruturas de poder. Depende e se expressa em função dos recursos existentes no mundo material, físico, ambiental e biológico. Esse conceito ampliado de saúde envolvendo a distribuição de poder na sociedade está na base de uma promoção emancipatória da saúde (Waltner-Toews, 2000; Porto, 2002).

Inspirados por Hannah Arendt, dizemos que não oferecemos respostas às indagações e perplexidades da e do profissional-leitor “respostas são dadas diariamente no âmbito da política prática, sujeitas aos acordos de muitos; jamais poderiam basear-se em considerações teóricas ou na opinião de uma só pessoa, como se tratasse de problemas para os quais só existe uma solução possível. . . o que proponho é muito simples: trata-se de refletir sobre o que estamos fazendo” (Arendt, 2009, p. 13).

Um dos mais instigantes aprendizados que vimos vivenciando com os moradores, muitos dos quais são Agentes Comunitários de Saúde, é com suas capacidades de sintetizarem, nas

suas falas, toda a complexidade do território onde vivem e trabalham. Sínteses como a de uma moradora de Manguinhos que, perguntada sobre o que sabia sobre meio ambiente, respondeu: “é o ambiente dividido ao meio. O nosso, com lixo, e o deles, onde não tem nada disso”; frases carregadas de saberes, vivências, emoções, impotências, mas principalmente de esperanças. E pesquisador algum é capaz de fazer, mas sim participar do trabalho de **tradução**.

Tradução. É o processo de construção do entendimento de problemas de um território na sua complexidade por todos os atores sociais implicados. Isto é, significa criar inteligibilidade entre diferentes linguagens e situações, possibilitando aos diferentes grupos sociais interferir e transformar solidariamente uma realidade desfavorável.

Desejamos que, com o mesmo entusiasmo que tivemos ao realizar essa aventura da produção compartilhada do conhecimento nas trilhas por Manguinhos, que resultou na Maleta de Trabalho do LTM, a estimada leitora e o estimado leitor percorram as páginas deste texto, e, principalmente, tenham vontade de inventar suas próprias trilhas na busca de uma promoção emancipatória da saúde. Que nunca mais tenhamos a sensação de estar enxugando gelo, e juntos busquemos respostas para a pergunta: por que e como fazer promoção da saúde na atenção básica?

A ideia de um Laboratório Territorial

Surge da inspiração nas experiências italianas de práticas participativas que se vêm desenvolvendo na máquina administrativa dos governos municipais, e tem como estratégias a implantação de laboratórios territoriais ou laboratórios de bairro, que são gerenciados, na maioria das vezes, por funcionários municipais. Essas experiências deram origem aos Escritórios Especiais para a Participação e Laboratórios de Bairros (Uspel, sigla em italiano), dotados de recursos humanos e financeiros, ancorados em duas dimensões centrais: o contrato de bairro e o balanço social (Pivetta, 2002).

Em 2002, nosso grupo de pesquisa do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) nas áreas de saúde do trabalhador e ambiente, inicia uma cooperação com o Programa Dlis Manguinhos (Zancan et al., 2002), quando, então, a ideia sai da cabeça e começa a virar realidade — nucleamos o Laboratório de Territorial de Manguinhos (LTM), como uma frente de pesquisa e ação.

A partir daí começamos dois movimentos simultâneos: o aprofundamento conceitual e as práticas territoriais. A primeira

**comunidade ampliada de pesquisa-
ação do LTM (CAP)** foi constituída por pesquisadores da Fiocruz e moradores envolvidos nos movimentos sociais de jovens moradores de

*Consultas Coletivas:
seriam esses grupos de
pacientes uma comunidade ampliada de
pesquisa-ação?*

Manguinhos, alunos inseridos em um Programa de Vocação Científica para o nível médio. Fomos, então, refinando nosso entendimento coletivo do que significa ser um laboratório territorial: é pensar o território como laboratório ou um observatório, com a intenção de resgatar o espaço da ciência como espaço público que dialogue e incorpore solidariamente as necessidades das pessoas e da sociedade na forma de analisar e intervir na realidade. Significa romper com a ideia da ciência e do laboratório científico como um castelo impenetrável ao cidadão comum, cujo objetivo principal é conhecer para dominar e prever, e nem sempre transformar a realidade em favor da vida e dos mais necessitados. Significa romper com as barreiras cognitivas e sociais que isolam o mundo científico das pessoas, mediante um trabalho de tradução que aproxime, de forma solidária e compartilhada, as linguagens e os objetivos de pesquisadores e moradores (Porto et al., 2014).

O **território** para nós, do LTM, de um modo simples, é o lugar onde construímos a história a partir das nossas ações individuais e coletivas, das relações sociais e dos encontros e acontecimentos solidários. Território é um lugar que tem uma história, reveladora de interesses de atores sociais que produzem conhecimento para o enfrentamento de vulnerabilidades. Sentido esse

que resulta dos diálogos com autores como Milton Santos (Santos, 2005), Maurício Monken & Christovam Barcellos (Monken & Barcellos, 2005) e Jailson Souza Silva (Souza e Silva, 2007), entre outros, mas também com moradores e colegas de trabalho.

Com as noções de produção compartilhada de conhecimentos, comunidade ampliada de pesquisa-ação e território, incorporamos a ideia do ciclo da comunicação como uma referência metodológica, e também esquema analítico para a compreensão da nossa prática e capacidade de contribuir para a construção de uma PS emancipatória. Esta é uma proposição da pesquisadora Inesita Araújo, que no início do projeto participou do LTM, nos ensinando a compreender que o que estávamos estruturando não era um sistema de informação para Manguinhos, como fazíamos, mas um ciclo de comunicação, que envolve a produção — circulação — apropriação de conhecimento e informação, no nosso caso sobre saúde e ambiente no território de Manguinhos (Araújo, 2002; Araújo & Cardoso, 2007).

A ideia de um Laboratório Territorial nasce, portanto, de uma necessidade: fazer valer o discurso da participação comunitária e assim, aproximar o mundo real e a urgência de responder às necessidades sociais dos processos de decisão nas políticas públicas. Participação, como Freire nos ensina, como um ato de conhecimento, como ato criador e como ato político, é um esforço de leitura do mundo, em que “já não é possível texto sem contexto”. Esta concepção coloca-nos o desafio de assumirmos o papel de promotores de encontros com o saber popular, não para elitizar os grupos populares, desrespeitando sua linguagem e sua visão de mundo, mas para ler o mundo juntos (Freire, 2008, p. 30).

O Laboratório Territorial nasce também como possibilidade de estabelecer um “campo de experimentação local onde seja possível resistir localmente às evidências da inevitabilidade do discurso da globalização como produtora de monoculturas” (Santos, 2001, p. 36). Nasce de uma utopia de constituir instâncias de mediação entre o conhecimento científico e o saber popular num dado território (bairro e comunidades dentro das cidades). Como ensina nosso mestre Milton Santos “toda teoria

é, pois, embrião de uma utopia. . . O próprio ofício de teorizar pressupõe uma utopia. . .” (Santos, 2004, p. 48).

Por enquanto, vamos dando nossa singela contribuição produzindo conhecimentos e informação com moradores de Mangueiros e tantos outros parceiros pesquisadores, profissionais de saúde, etc., acreditando que é nesses encontros, com as trocas e diálogos de saberes, de experiências e vivências, que todos se fortalecem mutuamente, inclusive os movimentos sociais e comunitários, por meio da produção compartilhada de um novo conhecimento sobre as potencialidades e problemas do lugar.

Esses conhecimentos sistematizados e as metodologias e teorias que os informam, estão expressos na forma de um caixa de ferramentas “**Maleta de Trabalho do LTM: Reconhecendo Mangueiros**”, em que os temas das enquetes, políticas públicas — o PAC, moradia, o mangue, histórias de vida e memórias de moradores, entre outros —, são as dimensões que escolhemos para compreender o território de Mangueiros e suas transformações, vulnerabilidades, injustiças e potencialidades.

A Maleta de Trabalho do LTM: um território em movimento

A ideia de reunir em uma Maleta de Trabalho os materiais produzidos pelo LTM surgiu em conversas com a pesquisadora Inesita Soares de Araújo, que participara de nossa primeira CAP, quando nos contava sobre os “flanelódromos” no trabalho com os agentes de saúde indígenas.

Conteúdo e linguagem são elementos centrais para uma promoção emancipatória da saúde. Por isso o LTM vem debruçando-se sobre as diferentes linguagens que possibilitem avançar no processo de produção compartilhada de conhecimento e na sua sistematização em materiais político-pedagógicos sobre o território, que possam contribuir para promover a autonomia e fortalecer os lugares de interlocução dos atores sociais locais nas

diversas arenas de negociação em que participam (Porto et al., 2012; Zancan et al., 2014).

A Maleta é o ponto de chegada, isto é, o resultado das experiências de produção, circulação e apropriação de conhecimentos sobre saúde e ambiente, desenvolvidos pelo Laboratório Territorial de Manguinhos desde 2003. Os materiais que compõem a Maleta são as trilhas — temas e caminhos percorridos, janelas que abrimos para olhar o lugar. Sintetizam encontros de saberes locais e acadêmicos. São também os suportes de materialização do conhecimento produzido e de mediação para o aprendizado. É um elo físico e uma ponte entre o LTM e as pessoas.

Partilhar os materiais da Maleta de Trabalho do LTM com os profissionais da Atenção Básica e avaliar o seu potencial como recursos político-pedagógicos de apoio à educação permanente dos profissionais e como ferramentas de apoio às suas atividades.

A Maleta tem dois significados centrais: é um dispositivo de comunicação e uma representação do território em movimento, no caso Manguinhos. Como dispositivo de comunicação entre os atores e os problemas e potencialidades do território, busca favorecer a amplificação das vozes dos moradores na reconfiguração das relações de poder, de forma que desconstrua e reconstitua histórias e realidades ante os discursos hegemônicos, que homogeneízam seus lugares na cidade e estigmatizam seus modos de vida e cultura.

Como um território em movimento, busca expressar, ao mesmo tempo, os movimentos de agregar pessoas, com seus olhares, valores, conhecimentos e interesses de um lado, e de outro de se debruçar sobre Manguinhos para desvendá-lo em textos, imagens e sons, em linguagens e formatos que tornem possível a todos — população, pesquisadores, técnicos e gestores — conhecer e reconhecer este território. Mais que oferecer informações, é situar Manguinhos na sua história e na história da cidade, compreender como se deram e se dão as transformações positivas e negativas e suas consequências sobre a vida das pessoas e dos ecossistemas.

O território, como totalidade e sistema aberto, uma organização socioespacial na qual a vida acontece em movimentos —

essa é a ideia que encerra a Maleta. A Maleta como meio de transporte de ideias, possibilidades de mudanças geográficas, mudanças de conteúdo, deslocamentos, limites físicos, identidades. Como dizem os geógrafos, a geografia faz a diferença, o endereço revela a diferença. A expressão dessas diferenças nos territórios da cidade é o que nos interessa, na medida em que revelam as iniquidades e suas determinações geopolíticas, culturais e ideológicas que produzem os problemas e as soluções em cada território.

Ao buscar compreender Manguinhos em suas múltiplas territorialidades fomos produzindo conhecimentos sobre temas relativos à história de formação e memória das comunidades, os processos de mudança e seus impactos sobre o ambiente e a saúde das pessoas. Resultaram, pois, dessas trilhas por Manguinhos, vários materiais político-pedagógicos, que compõem a Maleta.

Os temas, conteúdos e formas dos materiais foram definidos pela CAP a partir de situações-problema vivenciadas por pesquisadores e moradores, cujas dimensões nos permitem compreender o território de Manguinhos e suas transformações, vulnerabilidades, injustiças e potencialidades. Cada situação-problema tornou-se um tema gerador e cada material produzido é um caminho — um método de produção compartilhada de conhecimento, que trilhamos para nos situarmos e compreendermos a realidade e agir. Podem ser usados separadamente ou integrados a partir de um tema-problema.

Quando escrevemos materiais educativos, produzimos sentidos. Ali estamos expressando uma maneira de ver e interpretar a realidade e tentando obter adesão dos leitores para nossa perspectiva. Sob este prisma, um material educativo é, sempre, uma tentativa de intervir na realidade [...] — Inesita Araújo (2006, p. 50).

A Maleta traz materiais organizados nos seguintes temas:

As **Histórias e Memórias de Manguinhos**: sistematizadas no documentário *Manguinhos: histórias de pessoas e lugares*, no cordel *Manguinhos em prosa e verso* e no livro *Histórias de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos*, de autoria de

Tania Fernandes e Renato Gama-Rosa Costa. Nossa intenção, mais que oferecer informações, é situar Manguinhos de hoje na sua própria história e na história da cidade, compreender como se deram e se dão as transformações, quais fatores foram e são preponderantes nas mudanças positivas e negativas e suas consequências sobre a vida das pessoas e dos ecossistemas.



Políticas Públicas: análises do PAC Manguinhos em dois documentários — *PAC Manguinhos: o futuro a Deus pertence?* e *PAC Manguinhos: promessa, desconfiança, esperança*, e um livro *PAC Manguinhos: um relato fotográfico* retratam as expectativas e visões de moradores, gestores públicos, lideranças e profissionais de saúde sobre as mudanças promovidas pelo PAC no território e em suas próprias vidas.

O documentário aborda os principais impactos do PAC Manguinhos, - Programa de Aceleração de Crescimento, iniciado em março de 2008, no primeiro ano de implementação. São entrevistados gestores públicos, moradores, agentes de saúde e representantes de movimentos sociais. Os diálogos que se estabelecem ou não, entre os vários atores sociais e seus interesses, contribuem para dar nitidez a complexidade do processo de elaboração e implementação de políticas públicas.

Direção: Fabiana Melo Sousa
Gênero: Documentário
Duração: 40 Min
Ano: 2009

PAC Manguinhos: Promessa, Desconfiança, Esperança

Os documentários podem ser usados nas salas de espera como compartilhamento de conhecimento e informação, como parte do processo de acolhimento e de escuta, pela interação das equipes com moradores pelo diálogo que pode surgir a partir de vídeos.

Território, Ambiente e Saúde: enchentes, ecossisten

O conhecimento produzido sobre o problema das enchentes em Mangunhos é sistematizado pelo ciclo explicativo da produção de enchentes e suas consequências sobre a vida e a saúde das pessoas, assim como as estratégias nos diferentes níveis de ação, que vão do familiar ao mais global, na forma de uma matriz holística e apresentada na forma de calendário anual. Abordamos o tema do ecossistema local produzindo um *slideshow* *Mangue, Mangunhos, Manguezal*, que compara por meio de imagens fotográficas, Mangunhos — um bairro construído sobre um manguezal aterrado, completamente degradado, com a APA de Guapimirim-RJ, uma área de manguezal preservada.



Conversando com moradores, as Agentes Comunitárias de Saúde podem usar o calendário para agendar visitas e também para falar das enchentes, destacando os períodos prováveis de chuvas, as ações de prevenção, os telefones úteis, primeiros socorros, etc. Nas Consultas Coletivas discutir tuberculose jogando.

O tema tuberculose e a produção do livro-jogo *Território, saúde e ambiente* serão apresentados no capítulo seguinte, em que contamos a história da elaboração de trilhas por Mangunhos, como um processo de pesquisa-ação.

Também fazem parte da Maleta o **livreto** *Reconhecendo Manguinhos: Maleta de Trabalho*, que contém sugestões metodológicas para a utilização dos materiais. O objetivo deste livreto é dar autonomia à maleta, com relação ao LTM; o *folder* do LTM e o marcador de livro produzido para divulgação do nosso sítio (<www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br>), onde parte dos materiais já está acessível. O sítio é um acervo virtual organizador do conhecimento e informação e uma ferramenta para a interação e aprendizagem, em quatro principais temas — Histórias de Pessoas e Lugares, Manguinhos no Tempo, Saúde, Ambiente & Desenvolvimento e Território & Cidadania.

No processo de produção destes materiais, percorremos trilhas interpretativas que se tornam meios pedagógicos para conhecer as várias dimensões da realidade de Manguinhos, para informar e problematizar temas que são priorizados pelos moradores.

Em termos práticos, trilhas interpretativas têm o propósito de estimular os grupos de atores a um novo campo de percepções, com o objetivo de levá-los a observar, questionar, experimentar, sentir e descobrir os vários sentidos e significados relacionados aos temas selecionados (Vasconcellos & Ota, 2000, apud Menghini & Guerra, 2008).

Outra trilha foi o trabalho-processo de produção de um protótipo de Maleta, como um suporte para nossos materiais e movimentos de pesquisa-ação e também como trilha-inspiração para que cada um possa construir a sua própria Maleta. Neste processo, a Maleta primeira tomou a nossa cara, transformando-se ela mesma num material de interação — um protótipo.



"[...] a palavra protótipo. . . usada dentro do design para se referir a um último teste, totalmente funcional, antes do produto final —, porque acredito que um produto que é feito coletivamente nunca tem fim, pode estar sempre sendo aprimorado buscando agregar novos movimentos e desejos dos usuários. . .", nos ensina Mala Matida, a designer, que coordenou o trabalho-processo de produção do protótipo da Maleta.

Construindo uma Trilha por Manguinhos: o Tema da Tuberculose num Livro-Jogo

Você encontrará a partir daqui a narrativa do processo de construção do que chamamos trilhas *interpretativas* por Manguinhos: o trabalho de explorar uma situação-problema ou tema gerador de aprendizados para a ação, isto é, um processo de pesquisa-ação, na perspectiva da promoção emancipatória da saúde fundamentada nas abordagens da determinação social da saúde (DSS) e da justiça ambiental.

O objetivo inicial era desenvolver uma compreensão global do problema que subsidiasse a produção de um roteiro de jogos para jovens sobre o tema que, além de divulgar informações para a população, demandadas pelo serviço de saúde local, permitissem relacionar este problema de saúde com os chamados Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Ou seja, questões como as desigualdades sociais, os direitos humanos fundamentais, o acesso à informação e aos serviços de saúde de qualidade, a qualidade da moradia e dos transportes públicos, dentre outros fatores.

O primeiro passo foi a ampliação da equipe do LTM, **constituindo uma comunidade de pesquisa-ação para o tema da tuberculose (CAP-Tb)**, formada por pesquisadores, jovens moradores bolsistas do LTM, profissionais do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias, mais especificamente médicos e agentes de saúde das equipes de saúde da família, pesquisadores em educação popular em saúde da Ensp e moradores de Manguinhos que já

Produção de conhecimento sobre a tuberculose: compartilhamento e sistematização dos saberes.

havam passado pela experiência de terem tuberculose. A produção deste grupo subsidiou os conteúdos para a elaboração do roteiro do livro-jogo.

Durante quatro meses, em 2009, a CAP-Tb realizou oficinas que aprofundaram a compreensão sobre o problema da tuberculose na realidade de Manguinhos, com relatos e trocas de experiências entre os vários participantes e sistematização de informações. Os debates buscaram estabelecer alguns consensos sobre as principais causas do problema no que se refere aos determinantes sociais, necessidades do sistema de saúde e da população, possíveis agendas de pesquisa e ações de promoção da saúde. Os resultados das discussões foram sistematizados a partir das seguintes perguntas: O que é tuberculose e quais seus principais sintomas e efeitos para a saúde? Como é seu tratamento? Como alguém “pega” tuberculose, e por que algumas desenvolvem a doença e outras não? Como o problema se apresenta em Manguinhos? O que torna as populações de Manguinhos e este território mais vulneráveis? Quais os grupos que são (ou parecem ser) os mais vulneráveis? Como pessoas que tiveram a doença em Manguinhos relatam suas vivências? Que agendas possíveis de atuação podem ser pensadas para enfrentar o problema em Manguinhos quanto a cuidado, tratamento, prevenção e promoção?

Foi possível assim refletir sobre o problema a partir de pontos de vista distintos mas complementares: profissionais de saúde e de educação, de pessoas que sofreram a doença, de pesquisadores que procuram produzir um conhecimento situado, de jovens que querem conhecer os problemas de saúde e ambiente para participar de projetos de mudança da realidade onde vivem; sistematizar informação sobre a doença e sua incidência em Manguinhos; ouvir a história das pessoas e identificar os determinantes sociais e formas de enfrentar o problema. Etapa essa fundamental para construir materiais para circulação e apropriação deste conhecimento para além da CAP.

A partir dessa **construção compartilhada de conhecimentos sobre a tuberculose**, nos seus aspectos gerais e clínicos e como problema de saúde relacionado às condições de vida em

Manguinhos, o grupo voltou-se para a produção de jogos virtuais que traduzissem “a saúde em Manguinhos”. O processo de programação, produção de imagens e definição de conteúdo foi realizado agora por uma equipe formada por três jovens moradores, dois pesquisadores da Ensp e dois profissionais da Empresa Moleque de Ideias, que disponibilizou a plataforma e o *software* para geração dos jogos. Nesse processo buscamos alcançar diversos objetivos: o aprendizado dos jovens do projeto com relação às tecnologias computacionais (que implica uma certa capacidade de programação criativa); o desenvolvimento do trabalho coletivo em equipe; e o aprofundamento dos temas específicos de interesse para a saúde pública e a população de Manguinhos, incorporando discussões mais abrangentes sobre os determinantes sociais e as políticas públicas que se encontram por detrás dos problemas analisados. Foram então produzidos dois jogos: da Memória e do Futebol. O jogo da memória foi o mais relevante no processo de construção coletiva. Depois de construído por uma dupla de jovens, foi ilustrado coletivamente, com a inclusão de fotos de Manguinhos, servindo como fonte de inspiração lúdica para que o jogador conheça (e reconheça) áreas do bairro, com sua história e características.

Por fim, considerando o aprendizado, informações e saberes diversos envolvidos na construção dos jogos, optou-se por produzir um livro-jogo, similar ao RPG intitulado *Território, saúde e ambiente: a tosse misteriosa*.¹ Para tanto, realizamos oficinas com os pesquisadores do LTM e colaboradores de outros projetos da Fiocruz a exemplo do Tecendo Redes do Museu da Vida/COC e do Centro de Saúde Escola da Ensp.

O jogo se desenvolve a partir da suspeita de que Pedro está doente, explorando os estereótipos e (des)informações que permeiam o senso comum sobre as doenças, os doentes e as formas de intervenção sobre os problemas socioambientais em Manguinhos. Em função das escolhas dos jogadores a história pode

1 O desenvolvimento deste jogo contou com o apoio do Projeto Cidades Saudáveis — PDTSP da Fiocruz 2008-2010, e do Projeto Popularização da Ciência da Faperj 2009-2011.

ter diferentes finais, como a morte do personagem ou o diagnóstico e formação de uma rede de apoio. Os percursos possíveis do jogo envolvem discussões sobre as condições de vida e os processos de determinação social da saúde, assim como sobre os recursos e serviços disponíveis e necessários para seu enfrentamento.

Como encarte do livro-jogo encontram-se as *Cartas dos temas geradores* com explicitação das questões que orientaram a produção da história. O objetivo das Cartas é provocar e apoiar o debate de temas implicados no jogo, mas também fomentar a construção de novas cartas, com temas e ideias geradas pelo grupo. Por fim, há ainda um *roteiro de validação* que deve ser preenchido após cada “partida/dinâmica” realizada. O roteiro visa avaliar tanto a forma — jogabilidade e atratividade — como a pertinência e o grau de interesse gerado pelos conteúdos e situações vivenciados, e, principalmente, apoiar a construção de novos significados e novas questões de aprendizagem.

O texto do livro-jogo também foi criado pelo coletivo do LTM, e, cada cena foi desenvolvida por pelo menos duas pessoas, “jogando”, criando descrições e diálogos. O processo de ilustração foi realizado pelo grupo de audiovisual do LTM, que em um sábado de setembro de 2011 reuniu os “atores-personagens”, moradores de Manguinhos, para a produção de fotos-ação, tendo como inspiração a fotonovela. Também colaboraram para as fotos-personagens pesquisadores da Fiocruz.

O desafio maior deste jogo, como instrumento de promoção da saúde, é possibilitar uma interação entre grupos de jogadores visando à produção de novos conhecimentos e a aprendizagem coletiva de questões e alternativas para a melhoria das condições de vida e saúde em Manguinhos e em outros territórios semelhantes. O objetivo é usar o jogo como mediação para que os grupos expressem seus interesses e visões sobre o lugar em que vivem, questionem a realidade, ampliando a confiança e interação entre os participantes, reforçando a autoestima e o sentimento de pertencimento ao território e fortalecendo a capacidade de agir dos grupos e atores locais. O livro-jogo é, assim, um

material aberto, que poderá ser complementado e revisado a partir dos interesses e do universo de concepções e experiências dos jogadores-atores do território.

Pontos de partida e de chegada

O LTM assume que o conhecimento e a informação são recursos sociais imprescindíveis ao desenvolvimento e aprimoramento dos processos democráticos e fatores-chave para ampliar e qualificar a participação social. Nesse sentido, temos procurado produzir conhecimento junto com moradores e atores do território num processo de reflexão permanente sobre a experiência de morar e trabalhar nos chamados territórios de exceção, onde a ausência e descontinuidade das políticas públicas se traduzem em desrespeito aos direitos humanos, expresso nas várias formas de violências, como as doenças, enchentes, estigmatização, homicídios pelas forças de segurança do Estado, entre outras.

As nossas experiências indicam os desafios da comunicação dialógica, e que a construção compartilhada de conhecimentos se faz num contínuo “caminho de pedras”, em que metodologia, estratégia e tática, bem como os limites, autonomias, ritmos e tempos dos pesquisadores (servidores da Fiocruz e moradores) se mesclam se confrontam e se confundem o tempo todo.

Acreditamos, entretanto, que a potência dessa produção está em seu próprio método e nas mediações que propomos para a construção de conteúdos e interatividade, que pressupõe a ampliação permanente dos circuitos de trocas — de saberes, experiências e valores — com os diferentes atores locais.

A iniciativa da Fiocruz em assumir a gestão local da saúde em Manguinhos coloca profundos e instigadores desafios a todos nós servidores públicos dessa instituição, em particular da Ensp pela sua inserção histórica em Manguinhos. Entre estes desafios estão: 1) A coerência na operacionalização dos princípios e pressupostos da Promoção da Saúde, sendo nós da Fiocruz, um dos formuladores da Política Nacional de Promoção da Saúde.

de; 2) A necessária transformação institucional para responder às novas práticas que a PS enuncia; e 3) A requalificação-formação simultânea de servidores e moradores para operar um novo “sistema” de gestão local da saúde fundado nos princípios e diretrizes da Promoção da Saúde.

Aqui a questão que se levanta é que instituições ou práticas institucionais devem ser criadas para responder à complexidade da sociedade atual, “[. . .] as pessoas não podem simplesmente saber, elas têm que aprender que instituições devem criar para lidar com o problema. . .” (Elias, 1994, p. 138).

Referências

- Araújo, I. “Materiais educativos e produção de sentidos sociais na intervenção social”. In: Monteiro, S. & Vargas, E. (org.). *Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, pp. 49-69.
- Araújo, I. S. & Cardoso, J. M. *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- Arendt, H. *A condição humana*. 10.^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- Bourdieu, P. (coord.). *A miséria do mundo*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- Cunha, M. B. & Frigotto, G. O trabalho em espiral: uma análise do processo de trabalho dos educadores em saúde nas favelas do Rio de Janeiro. *Interface* (Botucatu), vol. 4, n.º 35, pp. 811-23, dez. 2010.
- Elias, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- Fernandes, T. M. & Costa, R. G. R. *Histórias de pessoas e lugares: memórias das comunidades de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- Freire, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- Menghini, F. B. & Guerra, A. F. S. *Trilhas interpretativas: caminhos para a educação ambiental*. Grupo de Pesquisa Educação, Estudos Ambientais e Sociedade (Geeas)-Univali. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Educação da Universidade do Vale do Itajaí <<http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2008/Educacao>

- _ambiental/Trabalho/05_08_12_Trilhas_interpretativas_caminhos_para_a_educacao_ambiental.pdf>, acesso em 12-8-2013.
- Monken, M. & Barcellos, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, vol. 21, n.º 3, pp. 898-906, 2005.
- Pivetta, F. “Laboratório territorial como instância para a promoção da saúde: contribuição para as discussões acerca do Programa Dlis Manguinhos”. In: Zancan, L.; Bodstein, R. & Marcondes, W. (orgs.). *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ. Saúde Movimento*, n.º 5, pp. 247-71, Rio de Janeiro: Abrasco-Fiocruz, 2002.
- Porto, M. F. S. & Pivetta, F. “Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis”. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (orgs.). *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências*. 2.ª Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, pp. 207-29.
- Porto, M. F. S. et al. “Produção compartilhada de conhecimento e cidadania: a experiência da comunidade ampliada de pesquisa-ação do Laboratório Territorial de Manguinhos-RJ”. In: Toledo, R.F. & Jacobi, P.R. (orgs.). *A pesquisa-ação na interface da saúde, educação e ambiente: princípios, desafios e experiências interdisciplinares*. São Paulo: Annablume-Feusp-Procam-Fapesp, 2012, pp. 193-229.
- Portp, M. F. S.; Zancan, L. & Pivetta, F. “Cidades saudáveis e promoção da saúde emancipatória: a reinvenção do cotidiano: (re)conhecimento nos territórios vulneráveis”. In: Silveira, C. B.; Fernandes, T. M.; Pellegrini, B. (orgs.). *Cidades saudáveis? Alguns olhares sobre o tema*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, pp. 269-99.
- Santos, B. S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 3.ª ed. São Paulo: Cortez, vol. 1, 2001.
- . *A gramática do tempo: por uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006.
- Santos, M. *Da totalidade ao lugar*. São Paulo. Edusp, 2005.
- . *Território e sociedade*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.
- Souza e Silva, J. “Um espaço em busca de seu lugar: as favelas para além dos estereótipos”. In: *Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial*. 3.ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007, pp. 209-30.
- Waltner-Toews, D. The end of medicine: the beginning of health. *Futures*, vol. 32, n.º 7, pp. 655-67, 2000.

Zancan, L.; Bodstein, R. & Marcondes, W. (orgs.). Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ. *Saúde Movimento*, n.º 5. Rio de Janeiro: Abrasco-Fiocruz, 2002.

Zancan, L. F.; Pivetta, F.; Sousa, F. M.; Cunha, M. B.; Porto, M. F. S. & Freitas, J. Dispositivos de comunicação para a promoção da saúde: reflexões metodológicas a partir do processo de compartilhamento da Maleta de Trabalho “Reconhecendo Manguinhos”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 18, pp. 1313-26, 2014.

CAPÍTULO 12
DIAGNÓSTICO SOCIOAMBIENTAL DE
MANGUINHOS: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA
DE PESQUISA EM FAVELAS

PAULO ROBERTO DE ABREU BRUNO
ROSÁLIA MARIA DE OLIVEIRA
DANIELLE DE ALMEIDA CARVALHO
EDUARDO JÚNIOR ANDRADE SANTOS
GRACIARA DA SILVA

o0o

NESTE TEXTO ANALISAMOS os processos de trabalho correspondentes à preparação e ao desenvolvimento do projeto de pesquisa “Diagnóstico Socioambiental de Manguinhos” (DSM).¹ Para isso, discutimos os tópicos que orientaram a construção desse estudo, assim como os métodos e os procedimentos adotados na coleta e na produção das informações. Tratamos, ainda, de questões decorrentes do seu desenvolvimento, apresentamos e problematizamos alguns resultados parciais.

A constituição do bairro Manguinhos resulta de diversas transformações de um local que, até o início do século XX, correspondia a uma extensão da baía de Guanabara, abrigava mangues, lagunas, variada fauna e poucos habitantes (Oliveira & Krau, 1953; Oliveira, Krau & Nascimento, 1953). A partir de meados do século XX a região passou a abrigar várias indústrias que, por

¹ Projeto de pesquisa financiado pelo Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP) e pelo Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (Papes VI-Fiocruz-CNPq).

sua vez, contribuíram para o incremento da ocupação humana (Abreu, 1987; Mariano, 2001; Silva, 2008; Silva, 2012). Tais indústrias, beneficiadas pela disponibilidade de força de trabalho de custo reduzido, de vias de escoamento para a produção e pela inexistência de legislação ambiental mais rigorosa, logo se tornaram polos de atração para trabalhadores(as) de outras regiões do estado e do País. Esse processo teve como consequência um intenso adensamento populacional desacompanhado das condições adequadas de moradia e de infraestrutura urbana (Fernandes & Costa, 2013). Por outro lado, a falta de controle com relação à emissão de poluentes pelas indústrias e a inexistência de estruturas de saneamento que proporcionassem a necessária destinação dos resíduos sólidos e dos esgotos domiciliares resultaram na drástica redução da biodiversidade, no assoreamento dos rios e, conseqüentemente, na poluição da baía de Guanabara (Amaral, 2006; Coelho, 2007; Silva, 2012).

Dessa forma, o bairro de Manguinhos, como outros lugares, resulta da acumulação de situações históricas, sociais e ambientais, que promovem as condições específicas para a produção de doenças (Barcellos et al., 2002). Por conseguinte, a outra face ou resultado do processo histórico que deu origem a esse lugar traduz-se numa situação de saúde que inclui agravos relacionados à pobreza, à ausência de saneamento e à contaminação ambiental (Santos, 2000; Moreira, Cruz & Sucena, 2003; Carvalho, 2006; Castro, 2009; Costa et al., 2009; Alves, 2011; Araújo, 2011; Navarro, 2011). A situação descrita justifica o desenvolvimento de indicadores que correspondam às situações de risco à saúde, decorrentes das condições socioeconômicas e ambientais desfavoráveis. Para dar conta dessa complexa tarefa construímos um projeto de pesquisa com base na análise de diferentes tipos de diagnósticos socioambientais.

Num estudo sobre as alterações na cobertura da terra entre 1984 e 2005, no entorno da Estação Ecológica de Águas Emendadas (DF), Berlinck (2008) desenvolveu e utilizou metodologia baseada em técnicas de geoprocessamento e sensoriamento remoto. Porto (2008), por sua vez, analisou dados secundários e

informações do IBGE e da Cide (Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico) para realizar uma abordagem em escala municipal e relacionada às sub-bacias de Poços e Queimados (RJ). Fez uso, ainda, da pesquisa bibliográfica e da revisão da literatura sobre a gestão de recursos hídricos, aspectos históricos e socioeconômicos e as principais políticas públicas com relação às referidas sub-bacias.

Ao analisar a contaminação por óleo na APA de Guapimirim (RJ) Botelho (2003) considerou os aspectos geoquímicos e socioambientais e analisou os teores de hidrocarbonetos policíclicos aromáticos (HPAs) e de metais.

Enquanto no diagnóstico socioambiental feito pela Comisión Interinstitucional de la Cuenca Hidrográfica e pelo International Resources Group (CICH/IRD, 2002) para a construção de um plano de manejo das sub-bacias hidrográficas no Panamá os próprios atores locais identificavam os problemas socioambientais existentes nos seus lugares.

Com base nesses estudos optamos pela construção de uma investigação que incorporasse elementos que consideramos relevantes e, ao mesmo tempo, dialogasse com as perspectivas reivindicatória e participativa, por entendermos que a produção básica de significados é sempre social. Tal concepção contribuiu para que a pesquisa não marginalizasse ainda mais os seus participantes tratando-os como mero resultado da investigação (Creswell, 2010). Assim, os(as) participantes da equipe de pesquisa que, em sua maioria, residiam no próprio bairro, participaram tanto do planejamento das ações quanto na coleta de dados e na sua análise.

Metodologia/estratégias de investigação

Tal concepção orientou as estratégias de investigação do DSM e pode ser entendida como uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos, dado que partimos de uma pesquisa exploratória que se desenvolveu como trabalho de campo para o

levantamento de informações, georreferenciamento, anotações e análise dos dados. Utilizamos o método qualitativo para a obtenção de dados com base na pesquisa bibliográfica e para, por meio deles, avaliarmos os conteúdos significativos para o tema e para posterior investigação na pesquisa de campo. Por outro lado, ao analisarmos as amostras de solo utilizamos métodos quantitativos tanto para avaliar a presença de contaminantes quanto para estimar sua distribuição espacial.

A pesquisa bibliográfica e documental para descrição da área de estudo abordou a formação histórica de Manguinhos; as características geográficas (localização, relevo, geologia, hidrologia e hidrografia); perfis socioeconômico e demográfico; situação de saúde; informações sobre o local da investigação (uso e ocupação do solo, processos de poluição ambiental do local). Para realizá-la recorreremos aos acervos das bibliotecas da Fiocruz, da Biblioteca Nacional; do Arquivo Nacional, da Federação de Favelas do Rio de Janeiro, Comlurb (Companhia Municipal de Limpeza Urbana), IBGE, Cedae e Embrapa. Além disso, pesquisamos na base Scielo e em *sites* do Instituto Pereira Passos (IPP) (IPP, 2000, 2008), da Uerj, UFRJ e UFF.

Formamos uma equipe para desenvolver a pesquisa com dois coordenadores do projeto, duas profissionais do laboratório do Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental (DSSA), seis auxiliares de pesquisa (cinco com formação de nível médio e um mestre). Esses auxiliares de pesquisa fizeram o reconhecimento das condições nas quais se realizariam as atividades de campo e o levantamento de informações relacionadas à configuração do espaço de estudo, o que incluía a pesquisa bibliográfica e documental relativa às comunidades e à Refinaria de Manguinhos (*O Globo*, 2011).

Essa equipe reunia-se regularmente para discutir o projeto de pesquisa, numa rotina que favorecia a sua integração, a compreensão do estudo como um todo e, sobretudo, estimulava as intervenções dos seus integrantes. De tal modo que essas reuniões constituíram-se num processo político-pedagógico que facilitou a atuação do grupo. Tal processo incluiu aulas teóricas e

práticas sobre os métodos e procedimentos de coleta e processamento de amostras; noções sobre o uso do Sistema de Informações Geográficas (SIG) e os processos de análises laboratoriais. Além disso, reunimos no âmbito do PDTSP, no Conselho Gestor do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (Ensp), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ocasiões nas quais a equipe de pesquisa interagiu com atores sociais locais.

Manguinhos como unidade espacial de análise

Manguinhos é identificado nos documentos pesquisados por diferentes significados. O governo municipal o classifica como “bairro”, ao passo que a própria gestão municipal da saúde (Estratégia da Saúde da Família) refere-se às unidades espaciais chamando-as de “comunidades”. O IBGE refere-se a esses espaços como “subnormais” e nos censos subdivide-os em “setores censitários”, que correspondem a unidades socioespaciais ainda mais reduzidas que as próprias comunidades.² Por outro lado, o dinamismo dos processos sociais que caracterizam esse espaço, notadamente por ocasião das intervenções do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e dos consequentes processos de reassentamento de parte da população local, torna-o ainda mais complexo.

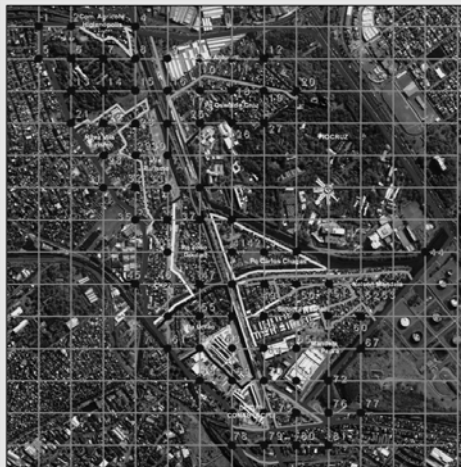
Nesse cenário, optamos por utilizar o recorte espacial mais bem definido nos documentos pesquisados. Assim, utilizamos a legislação municipal como referência para designar esse espaço, pois, é ela quem define mais detalhadamente os limites territoriais desse *bairro*. No entanto, para desenvolver a pesquisa em consonância com os demais estudos apoiados pela Rede PDTSP-Teias e, em respeito à etimologia predominante nesse espaço, referimo-nos também às *comunidades*. Para além dessas comunidades incluímos na pesquisa pontos localizados no *campus* da Fiocruz, além da porção do bairro de Benfica mais próxima da refinaria.

Uma vez definida a base espacial construímos um Plano de Amostragem adequado aos objetivos do estudo, a fim de

2 Fernandes & Costa (2013, pp. 118-9) discutem os conceitos utilizados para designar territórios com características assemelhadas às que apresenta Manguinhos.

avaliar a contaminação química do solo e categorizar “pontos de atenção”,³ de modo compatível com a capacidade de análise do laboratório do DSSA no que se refere às amostras de solo. Adequamos a base cartográfica georreferenciada aos limites geográficos das comunidades que compõem o Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias)-Manguinhos e inserimos atributos aos eixos de logradouros, de acordo com os registros de campo e demais anotações significativas para composição do banco de dados espaciais. Dessa forma, configuramos um plano de amostragem de solo como uma grade regular formada por pontos com 150 metros de equidistância. A checagem desses pontos em trabalho de campo resultou num total de 72 pontos para a coleta de amostras de solo. Além desses pontos, georreferenciamos outros dez no *campus* da Fiocruz, e de locais com poços para coleta de amostras de água⁴ (Figura 1).

Figura 1. Plano de amostragem de solo superficial em Manguinhos-RJ



3 Designamos “pontos de atenção” os locais que oferecem algum tipo de risco à saúde, como os de acúmulo de resíduos sólidos (“lixo”), pontos de enchente e etc.

4 Foram utilizados na identificação dos poços os dados Censo 2010 (IBGE) e os de pesquisas realizadas antes no DSSA. Porém, em função da inexpressiva presença deles no território a análise de água não foi objeto de coleta regular e análises.

Dada a necessidade de analisarmos amostras de solo, a tipificação do solo de Manguinhos apresentou-se como uma das tarefas iniciais da pesquisa. Para tanto, consultamos o Mapa Pedológico da Embrapa e a metodologia adotada pelo CPRM para classificação e mapeamento de solos do estado do Rio de Janeiro. Optamos pelo mapa digital georreferenciado do CPRM-RJ em função do detalhamento da escala otimizada para a região da bacia hidrográfica da baía de Guanabara onde se insere a sub-bacia do rio Faria Timbó e do canal do Cunha.

Feito isso localizamos solos com a mesma tipologia em outra área supostamente “descontaminada” em Suruí, município de Magé-RJ. Nesse lugar recolhemos amostras que serviriam como parâmetro para medir a concentração dos contaminantes de interesse.⁵ Nesse momento realizávamos a primeira atividade de campo da equipe com os equipamentos; exercitávamos os procedimentos de coleta e o armazenamento das amostras, assim como estimávamos o tempo gasto nesse tipo de atividade.

Desenvolvimento do estudo

Com o início da coleta de amostras em Manguinhos observamos que em parte considerável das comunidades o solo superficial correspondia a camadas de aterro, o que dificultava a sua perfuração com o trado (instrumento utilizado nesse tipo de procedimento). Em função disso adaptamos o método com a substituição do trado por uma enxada. Além dessa mudança, outras rotinas de trabalho de campo foram alteradas, na medida em que as reuniões de planejamento consensuavam a reorganização dos roteiros de coletas, de acordo com as especificidades encontradas em

⁵ Definimos como contaminantes de interesse: Benzeno, Tolueno, Etil benzeno e Xilenos (BTEX); dezesseis compostos de Hidrocarbonetos Policíclicos Aromáticos (HPAs) e os metais Chumbo (Pb), Cádmio (Cd) e Zinco (Zn). Além de serem tóxicos à saúde e, possivelmente, cancerígenos em humanos (ATSDR, 1995, 2004, 2009), tais compostos derivam das atividades industriais de empresas como refinarias de petróleo e indústrias de tinta, entre outras.

campo. Dessa forma, desenvolvemos um planejamento integral das coletas para cada campanha, que incluía desde a preparação dos insumos e dos equipamentos, à organização dos croquis⁶ e à verificação das condições de segurança nas comunidades.⁷ Este processo contribuiu para a padronização das rotinas relativas às atividades de campo e possibilitou aos auxiliares de pesquisa o cumprimento de atividades relacionadas ao laboratório e à organização das informações produzidas.

A cada comunidade foi atribuída uma sigla com três letras.⁸ Tais siglas foram utilizadas na identificação das amostras coletadas, dos registros de imagens e demais informações, assim como no acompanhamento dos resultados das análises no laboratório. A partir da segunda campanha, em função dos iminentes riscos à integridade física dos auxiliares de pesquisa, decorrentes da tensão na região, optamos por não utilizar o livro de campo nas atividades de coleta de amostras. Os registros passaram a ser feitos em fichas impressas e, posteriormente, copiados para o livro de campo.

Integramos à lista de atributos associados à base cartográfica de Manguinhos, utilizando o *software* ArcGis, algumas variáveis do Censo 2010 (IBGE, 2011) relacionadas à população, sexo, faixas de renda familiar, condições de moradia (abastecimento de água, coleta de esgoto doméstico e destinação de lixo). Para tanto, os setores censitários do censo (IBGE, 2010) foram usados como unidades espaciais de referência. Nas análises dos demais dados esses setores são relacionados aos pontos de coletas de amostras pela proximidade entre ambos.

6 Mapas específicos com roteiros para cada comunidade e/ou partes delas.

7 No período em que o estudo foi desenvolvido em Manguinhos ainda era conhecida como “Faixa de Gaza”, dada a ocorrência frequente de conflitos armados no seu território. Assim, quando ocorria inserção policial na região e havia possibilidade de confrontos armados, o trabalho de campo era suspenso. Da mesma forma como ocorria quando chovia nos dias anteriores aos de coleta de amostras.

8 Conj. Habit. Prolet. (CHP2), Com. Agric. Higienópolis (CAH), Parque Carlos Chagas (PCC), Desup (DES), Fiocruz (FIO), Mandela de Pedra (MAP), Nelson Mandela (NMA), Parque João Goulart (PJG), Parque Oswaldo Cruz (POC), Samora Machel (SAM), V. Arará (VAR), V. Turismo (VTU) e V. União (VUN). O Abrigo Cristo Redentor, embora não seja uma comunidade em função de ter nove pontos de coleta sobre sua área recebeu sua própria sigla (ACR).

Na identificação e caracterização dos “pontos de atenção” utilizamos registros fotográficos e em vídeo, além das anotações feitas nos livros de campo. O conhecimento dos(as) auxiliares de pesquisa sobre o território ou sobre seus moradores forneceu aos registros de campo “traços etnográficos”, o que enriquece as descrições, tornando-as mais densas.

As amostras de solo foram coletadas de acordo com o plano de amostragem (Figura 1) em oito campanhas de coleta, distribuídas nas quatro estações do ano, entre fevereiro de 2012 e agosto de 2014.⁹ O que resultou na coleta de 576 amostras, que foram processadas e acondicionadas para posterior análise nos laboratórios do DSSA. As análises quantitativas dos metais Pb, Cd e Zn foram feitas através da adaptação do método EPA 3050B (Usepa, 1996). As análises de HPAs foram realizadas utilizando uma adaptação dos métodos EPA 3550B, EPA 3630C e EPA 8270D (Usepa, 1996b, 1996a, 2007). E as de BTEX por um método adaptado de Yangcheng et al. (2006) e validade por Carvalho (2010, 2014).

Resultados e discussões

Para a caracterização de outros aspectos socioambientais desagregamos dados do Censo 2010 (IBGE, 2011) e os integramos a um banco de dados referido aos pontos (georreferenciados) de coleta. Com base nesse banco de dados e na análise das informações produzidas na pesquisa discutimos algumas questões. Entre elas a informação de que aproximadamente cem por cento dos domicílios em Manguinhos têm acesso à água de rede (IBGE, 2010). Tal informação deve ser problematizada, pois desconsidera a intermitência do abastecimento, assim como não leva em conta a qualidade dessa água. Ademais, a indicação no Censo 2010 da existência de redes de esgoto não esclarece por si só a destinação

⁹ As quatro campanhas realizadas em 2013-4 ainda não tiveram todos os seus dados analisados, portanto, não são totalmente consideradas para fins de análise deste texto.

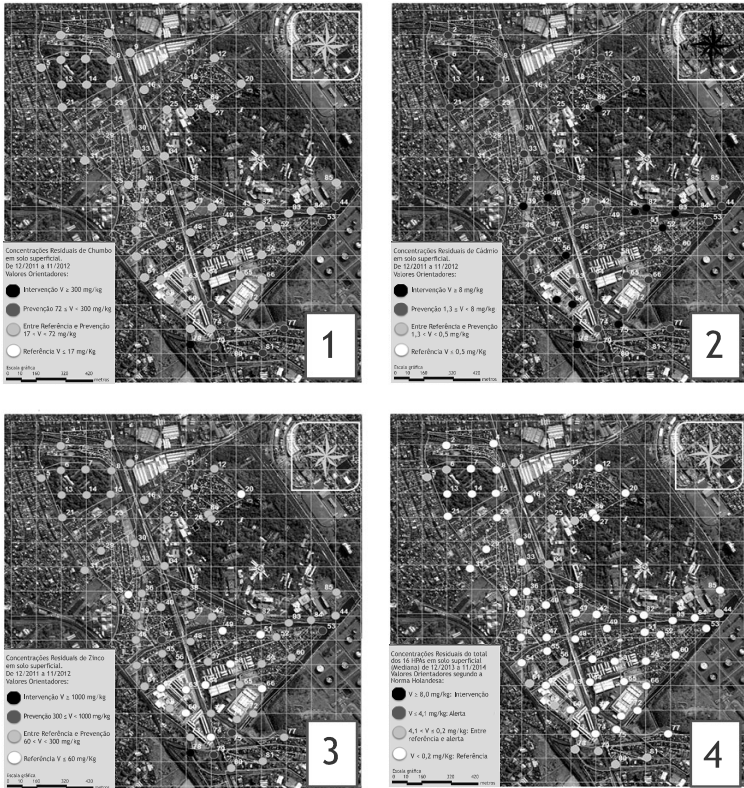
final dos dejetos domiciliares e, também, no que se refere aos que provêm de outras unidades emissoras como as escolas, unidades de saúde, fábricas e etc. A coleta de lixo aparece nos dados do Censo 2010 como o pior entre os itens relacionados ao saneamento, o que pudemos constatar *in loco*.

Com relação à caracterização de “pontos de atenção” destacam-se os existentes em Vila Turismo, CHP2, Parque João Goulart, Parque Carlos Chagas, Nelson Mandela, Vila União, Mandela de Pedra, Desup e *campus* da Fiocruz. Nessas localidades os problemas identificados correspondem à existência de grande volume de lixo ou de entulho de obras dispostos inadequadamente; pela presença de água parada ou de despejo de esgoto *in natura* no leito dos rios; pela ocorrência de acidentes decorrentes do estouro da tubulação da Cedae e pela ocorrência regular de alagamentos (Mendonça & Silva, 2008).

Com relação às análises das amostras de solo superficial todos os resultados obtidos constam na Figura 2, que representa a dispersão das concentrações residuais obtidas em cada ponto amostrado para os metais (Pb, Cd e Zn) e dos HPAs, com base nas quatro primeiras campanhas de coleta de amostras. Os metais estão categorizados por meio do cálculo da mediana e os HPAs pelo somatório dos dez compostos analisados (HPAs Totais). Para os BTEX, as concentrações residuais foram inferiores ao Limite de Detecção do método e, por isso, suas concentrações residuais não constam na Figura 2.

Os mapas temáticos da dispersão de contaminação por metais foram elaborados com base nos resultados obtidos em relação aos Valores Orientadores disponibilizados pela Cetesb (2005). Enquanto os mapas temáticos da dispersão da contaminação residual por HPAs foram elaborados de acordo com os valores obtidos em relação aos Valores Orientadores para áreas residenciais da Norma holandesa, que considera o somatório dos dez compostos analisados e é também utilizada pela Cetesb.

Figura 2. Mapas com a distribuição dos contaminantes de interesse em Mangunhos-RJ



O mapa 1 da Figura 2 mostra a dispersão dos resultados preliminares da contaminação do solo superficial por chumbo. Observa-se que em apenas um ponto (78) o valor obtido é superior ao Valor de Intervenção para solo de uso residencial e em catorze pontos do plano de amostragem o valor obtido é superior ao Valor de Prevenção. O mapa 2 da Figura 2 mostra a dispersão dos resultados preliminares da contaminação do solo superficial de Mangunhos-RJ por cádmio. Observa-se que em apenas um ponto (78) o valor obtido é superior ao Valor de Intervenção para solo de uso residencial e em todos os demais

pontos os valores obtidos são superiores aos Valores de Prevenção. O mapa 3 da Figura 2 mostra a dispersão das análises preliminares da contaminação do solo superficial de Manguinhos-RJ por zinco. Observa-se que em apenas um ponto (78) o valor obtido é superior ao Valor de Intervenção para solo de uso residencial e em seis pontos do plano de amostragem o valor obtido é superior ao Valor de Prevenção.

O mapa 4 da Figura 2 mostra a dispersão das análises preliminares da contaminação do solo superficial de Manguinhos-RJ por HPAs. Observa-se que em quinze pontos o valor obtido é superior ao Valor de Prevenção para solo de uso residencial residencial.

Considerações finais

Os processos históricos e sociais nos quais se insere o território de Manguinhos fazem com que esse espaço se transforme continuamente, o que dificulta a sua caracterização. Portanto, a construção de um diagnóstico socioambiental referido a esse lugar deve ser considerada numa perspectiva temporal. O que significa dizer que quaisquer tentativas nesse sentido serão como *flashes* de um determinado momento da existência nesse lugar. Nessa direção, nas diferentes campanhas para a coleta de amostras e registros de campo a equipe responsável pela pesquisa deparou-se com mudanças que, por vezes, impediram a própria realização das atividades. Podemos, no entanto, afirmar que, no período de três anos de pesquisa, determinadas condições que oferecem risco à saúde da população local não se alteraram, apesar das intervenções urbanísticas recentes. Por outro lado, substâncias como os metais persistem por longo tempo no ambiente, configurando-se, dessa maneira, em possibilidades de riscos à saúde. Por fim, cumpre destacar que a definição de “limites de tolerância” para substâncias tóxicas tem sido objeto de questionamento, principalmente, por desconsiderar a enorme quantidade de contaminantes a que estão expostos de forma sistemática e simultânea, humanos, animais e vegetais, conforme destacam Beck (2010)

e Robin (2012). Sendo assim, os valores de referência utilizados por nós devem ser compreendidos como parâmetros que resultam de construções datadas historicamente e que, portanto, devem ser pensados como indicadores da existência de determinadas substâncias no ambiente, porém, não como índices que asseguram a segurança para a manutenção de uma vida sem riscos no espaço estudado. Com base nessas considerações, reconhecemos que outros estudos que abordem a questão da contaminação ambiental em Manguinhos devam ser realizados, a fim de aprofundar as análises sobre os possíveis impactos na saúde da população local.

Referências

- Abreu, M. *Evolução urbana do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: PMRJ/SMU/IPP, 1987.
- Alves, L. C. Perfil demográfico e epidemiológico do Complexo de Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ). Relatório final do Programa Pesquisador Visitante da Fiocruz. Ensp, out. 2010-jun. 2011.
- Amaral, L. C. P. *Degradação ambiental e perspectivas de saúde: um olhar retrospectivo sob a sub-bacia hidrográfica do canal do Cunha*. Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp, 2006.
- Araújo, D. G. M. A indústria e as transformações socioambientais no eixo da avenida Dom Hélder Câmara no município do Rio de Janeiro: um estudo de caso. Disponível em <<http://observatoriogeografico.americalatina.org.mx/egal11/Geografiasocioeconomica/Geografiaindustrial/04.pdf>>. Acessado em 24-11-2011.
- ATSDR (Agency for Toxic Substances and Disease Registry). U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. *Toxicological profile for polycyclic aromatic hydrocarbons*. USA: ATSDR, August 1995.
- . U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. *Interaction profile for: Benzene, Toluene, Ethylbenzene, and Xylenes (BTEX)*. USA: ATSDR, May 2004.
- ATSDR (Agency for Toxic Substances and Disease Registry). U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. *Toxicology curriculum for communities trainer's manual module four. Survey of toxic substances*. USA: ATSDR, May 2009.

- Barcellos, C.; Sabroza, P. C.; Peiter, P. & Rojas L. I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, vol. 11, n.º 3, pp. 129-38, 2002.
- Beck, U. *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Ed. 34, 2010.
- Berlinck, C. N. *Diagnóstico sócioambiental do entorno da Estação Ecológica de Águas Emendadas (DF)*. Doutorado em Ecologia. Brasília: Instituto de Ciências Biológicas, UNB, 2008.
- Botelho, A. L. M. *Análise da contaminação por óleo na APA Guapimirim-RJ. Aspectos geoquímicos e socioambientais*. Mestrado em Ciência Ambiental. Niterói: UFF, 2003.
- Carvalho, D. A. *Análise de BTEX(s) em água contaminada: desenvolvimento e implementação da metodologia*. Mestrado em Química Analítica. Rio de Janeiro: Instituto de Química, UFRJ, 2010.
- Carvalho, D. A.; Oliveira, R. M.; Silva, C. R. S.; Martinhon, P. T. & Silva, A. S. Análise de BTEX em água: comparação entre duas colunas cromatográficas. *Ambiente & Água. An Interdisciplinary Journal of Applied Science*, vol. 9, n.º 1, enero-marzo, 2014, pp. 149-60. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92830124014>>. Acessado em 2-10-2014. *Revista Ambiente & Água*, vol. 9, n.º 1, Taubaté, jan.-mar. 2014.
- Carvalho, M. A. R. *Avaliação da exposição ao chumbo em crianças através dos indicadores ALA-u e ZPP e sua relação com fatores nutricionais e a vitamina D*. Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2006.
- Cetesb (Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental). Decisão de Diretoria n.º 195-2005-E, de 23 de novembro de 2005.
- CICH-IRD. *Diagnóstico socio-ambiental participativo. Proceso de planificación para el manejo de las subcuencas hidrográficas de los ríos Los Hules-Tinajoños y Caño Quebrado*. Comisión Interinstitucional de la Cuenca Hidrográfica/International Resources Group. Panamá, Dic. 2002.
- Costa, M. P. A. M.; Miyashiro, G. M.; Campelo, V.; Barbosa, I. C.; Souza Filho, E. M.; Silva, I.; Kligerman, D. C. & Cohen, S. C. Efeitos das partículas totais em suspensão (PTS) na saúde da população dos bairros de Benfica, Bonsucesso, Ramos, Manginhos, RJ. *Hygeia*, vol. 5, n.º 9, pp. 99-114, dez. 2009.
- Coelho, V. *Baía de Guanabara; uma história de agressão ambiental*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2007.

- Creswell, J. W. *Projeto de pesquisa. Método qualitativo, quantitativo e misto*. 3.^a ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- Fernandes, T. M. & Costa, R. G. R. As comunidades de Manguinhos na história das favelas do Rio de Janeiro. *Revista Tempo*, vol. 19, n.º 34, pp. 117-33, jan.-jun. 2013.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Base de informações do Censo Demográfico 2010: resultados do universo por setor censitário. Documentação do Arquivo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- . Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- IPP. (Instituto Pereira Passos). Índice de Desenvolvimento Social – comparando as realidades microurbanas da cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro (RJ): PCRJ/DIG, abril, 2008.
- . Índice de Desenvolvimento Social e seus indicadores constituintes por bairro – município do Rio de Janeiro – 2000. Disponível em http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/2248_ids_2000_metodologia_ra_bairro_fav_ela.XLS. Acessado em 26-2-2009.
- Lourenço, W. R. & Landim, P. M. B. Mapeamento de áreas de risco à saúde pública por meio de métodos geoestatísticos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 21, n.º 1, pp. 150-60, jan.-fev. 2005.
- Mariano, J. B. *Impactos ambientais do refino de petróleo*. Mestrado em Ciências em Planejamento Energético. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.
- Mendonça, M. L. F. & Silva, L. R. A. Áreas da cidade passíveis de alagamento pela elevação do nível do mar. Rio de Janeiro: IPP/PMRJ, n.º 20080901, set. 2008.
- Moreira, M. R.; Cruz, O. N. & Sucena, L. F. M. Um olhar sobre condições de vida: mortalidade de crianças e adolescentes residentes em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, vol. 19, pp. 161-73, 2003.
- Navarro, F. L. O. *Avaliação da prevalência da infecção pelo vírus da hepatite A em crianças e adolescentes moradores do Complexo de Manguinhos*. Mestrado em Ciências Médicas. Niterói: UFF, 2011.
- O *Globo*. Refinaria de Manguinhos ganha nova licença para recuperar água e solo. Emanuel Alencar, 14-8-2011. Disponível em <<http://oglobo.globo.com/rio/refinaria-de-manguinhos-ganha-nova-licenca-para-recuperar-aguas-solo-2690267>>. Acessado em 15-8-2011.
- Oliveira, L. & Krau, L. Levantamento biogeográfico da baía de Guanabara. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, t. 51, pp. 502-44, 1953. Rio de Janeiro: IOC, 1953.

- Oliveira, L.; Krau, L. & Nascimento R. Informações hidrobiológicas da cisterna na Ilha do Pinheiro. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, t. 51, pp. 377-416. Rio de Janeiro: IOC/Fiocruz, 1953.
- Porto, E. N. N. *Gestão de recursos hídricos no município de Queimados: subsídios para um diagnóstico sócio-ambiental das sub-bacias Poços e Queimados-RJ*. Mestrado em Geografia. Rio de Janeiro: Uerj, 2008.
- Robin, M. M. *El veneno nuestro de cada día. La responsabilidad de la industria química en la epidemia de enfermedades crónicas*. La Plata: De la Campana, 2012.
- Santos, D. C. M. *Avaliação da frequência das hepatites virais de transmissão entérica A e E em indivíduos atendidos em um centro de saúde da região de Mangunhos, Rio de Janeiro*. Mestrado em Biologia Parasitária. Rio de Janeiro: IOC/Fiocruz, 2000.
- Silva, H. N. M. *As ruínas da cidade industrial: resistência e apropriação social do lugar*. Mestrado em Planejamento Urbano e Regional. Rio de Janeiro: UFRJ, 2008.
- Silva, C. C. R. *As (in)sustentabilidades presentes na produção social do espaço em Mangunhos-RJ*. Mestrado em Geografia. Rio de Janeiro: PUC, 2012.
- Usepa (United States Environmental Protection Agency). *Usepa 3050B. Acid digestion of sediments, sludges, and soils*. Washington D.C.: EPA, 1996.
- . *Usepa 3630C. Silica gel cleanup*. Washington D.C.: EPA, 1996a.
- . *Usepa 3550B. Ultrasonic extraction*. Washington D.C.: EPA, 1996b.
- . *Usepa 8270D. Semivolatile organic compounds by gas chromatography/mass spectrometry (GC/MS)*. Washington D.C.: EPA, 2007.
- Yangcheng, L.; Quan, L. & Youyuan, D. Directly suspended droplet microextraction. *Analytica Chimica Acta*, vol. 566, pp. 259-64, 2006.

CAPÍTULO 13 O ENFOQUE ECOSISTÊMICO EM SAÚDE E O PDTSP-TEIAS

CARLOS MACHADO DE FREITAS
TAIS DE MOURA ARIZA ALPINO

o0o

O MODELO DE DESENVOLVIMENTO urbano e industrial da Revolução Industrial vem produzindo drásticas mudanças ambientais que, nos dias de hoje, atingem os níveis local e global, resultando em diversos problemas e necessidades de saúde. Por sua própria natureza complexa, esses problemas requerem a busca de enfoques alternativos que integrem as dimensões sociais, econômicas e ambientais na compreensão e busca de suas soluções (Freitas et al., 2007).

Se, a partir da segunda metade do século XX, as ações humanas sobre os ecossistemas propiciaram benefícios para o bem-estar e a saúde, por outro vêm resultando em custos crescentes, com degradação de sessenta por cento dos serviços dos ecossistemas, exacerbação da pobreza e crescentes inequidades sociais e ambientais. É nesse contexto de crise, que se intensificou entre o último quartel do século XX e o início do século XXI, que emergem abordagens como os enfoques ecossistêmicos em saúde, constituindo um potencial para os modos de compreensão e busca de soluções na saúde pública (Opas, 2009).

Essas abordagens surgem da constatação de que os métodos tradicionais, tanto os baseados no modelo biomédico, como os que separam o social das questões ecológicas ou vice-versa se

mostram insuficientes diante desses problemas, exigindo estratégias que combinem uma compreensão mais ampla e a busca de soluções (Gómez & Minayo, 2006). Nesse sentido, Porto (2005) afirma a importância de compreender problemas de saúde simultaneamente a partir de perspectivas ecológicas e sociais, aspecto fundamental para que propostas de desenvolvimento econômico e tecnológico possam resultar em balanços mais positivos entre os benefícios e os prejuízos dele decorrentes, seja para a saúde da população em geral ou dos ecossistemas.

Os enfoques ecossistêmicos em saúde surgem no Canadá na década de 1970, derivado do pensamento sistêmico e ganhando assim espaço no campo da saúde (Lawinsky et al., 2009). Gómez & Minayo (2006) afirmam que o enfoque ecossistêmico da saúde humana procura integrar a saúde e o ambiente por meio da ciência e tecnologia, “gerada e aplicada em consonância com gestores públicos, privados, com a sociedade civil e os segmentos populacionais afetados”, contextualizando as realidades políticas, econômicas e culturais. Além de ser uma abordagem integrada e inovadora, prevê ampla participação social na análise dos problemas ambientais e possíveis soluções, assim como importantes possibilidades de aplicação nos países da América Latina e também desafios no que se refere às possibilidades de trabalho integrado para o diagnóstico e gestão dos problemas ambientais e de saúde (Opas, 2009; Minayo, 2002).

Neste capítulo, tendo como foco os enfoques ecossistêmicos em saúde, procuramos sistematizar os produtos dos projetos da Rede PDTSP-Teias Manguinhos. Essa sistematização teve como referências fontes secundárias, como os relatórios produzidos pelos coordenadores dos projetos (alguns completos e outros não), bem como entrevistas com eles sobre os seus produtos. O objetivo foi oferecer uma compreensão ampliada de projetos inter-relacionados, com potencial de ampliação do diagnóstico atual deste território e suas especificidades no que diz respeito aos determinantes sociais de saúde, bem como suas ações e respostas sociais (participação), com o intuito de melhorar a qualidade de vida desta população.

Caraterísticas dos enfoques ecossistêmicos em saúde

Os Enfoques Ecossistêmicos em Saúde baseiam-se no pluralismo metodológico e incorporam fortemente os princípios da participação social. A metodologia neles proposta apresenta algumas diretrizes básicas, como: a construção da abordagem de investigação e análise dos ecossistemas; a proposição de estratégias de gestão e políticas públicas; a aprendizagem social e colaborativa entre especialistas e atores sociais locais. Sendo assim, envolvem três pressupostos: integração, participação da comunidade e formulação de propostas e políticas públicas (Waltner-Toews, 2004; Kay et al., 1999).

Tem como pressuposto a união entre a ciência e mundo da vida na construção da qualidade de vida social e do planeta entendida como responsabilidade coletiva e individual. Pode-se dizer que esse enfoque constitui uma via concreta para desenvolver capacidades dos sujeitos individuais e para fortalecer ações comunitárias com vistas a fazer escolhas saudáveis, dentro da perspectiva holística e ecológica da promoção da saúde (Gómez & Minayo, 2006).

O enfoque da abordagem ecossistêmica em saúde presume que as decisões em torno das questões ambientais envolvem inicialmente o mapeamento de quais e como estão os territórios ou os ambientes, mais especificamente em relação as vulnerabilidades socioecológicas dos territórios. Este caminho também permite identificar quais são os atores e interesses sociais em jogo, suas histórias de vida, preocupações e perspectivas futuras (Waltner-Toews, 2004; Lebel, 2003). Ao verificar e mapear as situações de vulnerabilidades ambientais, sociais, econômicas, políticas e culturais existentes no território a partir deste enfoque metodológico, é possível definir ações e políticas públicas adequadas dentro das diferentes “versões” sobre a realidade e o contexto existente, representando a pluralidade de perspectivas de uma variedade de grupos sociais (Opas, 2009)

A metodologia dessa abordagem apresenta quatro etapas (Figura 1), tendo sido seguida pelo Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública (PDTSP)-Teias Manguinhos, a partir dos treze projetos desenvolvidos nas diferentes áreas ambientais, de saúde e social, apresentando assim o diagnóstico do território e suas vulnerabilidades e/ou a participação da comunidade como os grandes focos dos estudos.

A primeira etapa do processo consiste em envolver a comunidade local na definição da situação/problema (articulando uma agenda sobre problemas que devem ser compreendidos e resolvidos), e assim desenvolver uma narrativa sobre as mudanças-chave, tendências e padrões, presentes e passadas, percebidas e identificadas pela comunidade e pesquisadores. Esta etapa, que não é exaustiva, fornece uma base que permite compreender como um determinado sistema socioecológico chegou ao presente estado (Waltner-Toews, 2001 e 2004; Kay et al., 1999).

A segunda etapa envolve a análise de três componentes: 1) os diferentes atores sociais e interesses envolvidos; 2) as questões socioecológicas; 3) as estratégias de políticas públicas e governança. A análise dos diferentes atores sociais e interesses não só procura identificar quem pode e deve tomar parte nas diferentes etapas de pesquisa e de gestão do problema, mas também busca representar a realidade do território. A análise das questões socioambientais ocorre a partir de técnicas participativas que envolvem os diferentes atores e permite identificar os problemas e as oportunidades de gestão deles. Através desta análise identificam-se os elementos-chave que os atores locais consideram importantes na descrição do sistema, e que representarão os elementos para mudanças ou manutenção do *statu quo*. A análise de políticas públicas e governança devem permitir descrever um contexto mais amplo e as estruturas relevantes para elas que constroem ou facilitem a capacidade local de lidar com os problemas. Fornece elementos para identificar, em um contexto mais amplo, o necessário a ser transformado para facilitar a busca de metas sustentáveis pelas sociedades locais (Waltner-Toews, 2001 e 2004; Kay et al., 1999).

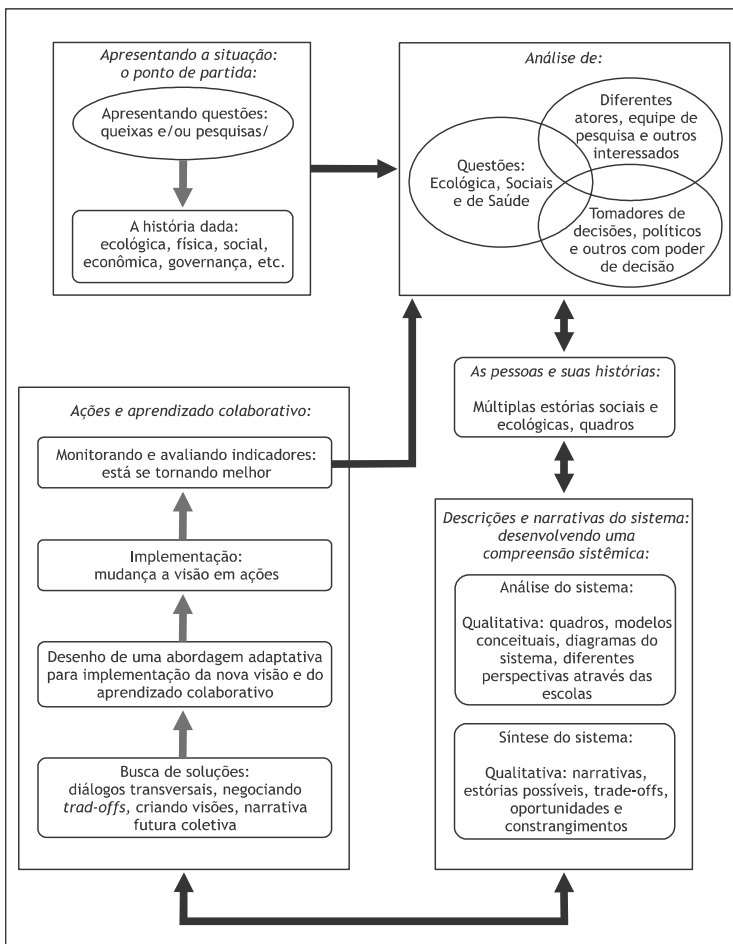
O resultado dessas duas etapas é uma série de narrativas, quadros e descrições de diagnóstico do sistema socioecológico do território, e também do que deve mudar na situação atual. Estas narrativas, nas suas várias formas, servem de base para um processo mais formal de desenvolvimento de uma compreensão sistêmica da situação.

A terceira etapa é a do desenvolvimento de uma compreensão sistêmica das descrições e narrativas do sistema socioecológico. Envolve dois componentes: a análise quantitativa e qualitativa do sistema e a síntese das descrições do sistema, que permitem compreender como as várias narrativas interagem entre si para criar o que se reconhece como sistema. A análise do sistema consiste essencialmente na construção de um modelo conceitual que descreve espacialmente e temporalmente quais são os elementos-chave da situação e como estes se encontram interconectados e inter-relacionados, identificando os importantes processos que a conformaram (Opas, 2009).

Com a descrição e compreensão do sistema socioambiental, inicia-se a quarta etapa, que consiste nos seguintes componentes: 1) trabalhar com os diferentes atores relacionados ao ecossistema para encontrar caminhos que permitam negociar as ações e os processos que se intercambiam; 2) projetar abordagem que possibilite a capacidade de adaptação aos processos e ações em curso, para implementar um aprendizado colaborativo; 3) implementar mudanças; 4) monitorar e avaliar as mudanças, de modo que se possa aprender com elas. Sendo assim, o objetivo é pôr em ação um processo adaptativo e colaborativo de aprendizagem para a sustentabilidade do ecossistema e da saúde (Waltner-Toews, 2004).

A figura a seguir, apresenta o diagrama das etapas da abordagem ecossistêmica em saúde.

Figura 1. Diagrama das etapas de abordagem ecossistêmica em saúde



Fonte: Waltner-Toews & Kay, 2005.

Resumindo, a metodologia caracteriza-se por: (1) a identificação dos problemas ambientais e de saúde do território (vulnerabilidades) (2) o pluralismo e a integração, com a estratégia básica de pesquisa, incorporando vários métodos (quantitativo e qualitativo) e formas de participação dos atores sociais locais. A

abordagem é orientada pela valorização dos processos de aprendizagem colaborativa sociais que envolvem especialistas e atores sociais locais, sem separar a compreensão do problema (pesquisa e análise) das propostas de gestão e políticas públicas estratégicas (Freitas et al., 2007). Diferente de outras formas de metodologia, estas características fazem com que a abordagem ecossistêmica em saúde tenha uma perspectiva não somente através de indicadores quantitativos, mas também qualitativos, enfocando a participação e o desenvolvimento social, compreendendo a saúde-doença como um processo coletivo. Além disso, essa abordagem apresenta a necessidade de recuperar o sentido do “lugar” como o espaço organizado para a análise e intervenção, buscando identificar, em cada situação e ecossistema específico, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais (Minayo, 2002).

Entretanto, de acordo com Minayo (2002), mesmo que a abordagem ecossistêmica em saúde seja integrativa, com participação social no diagnóstico e na formulação de políticas públicas, existem ainda desafios metodológicos e de caráter operativo que devem ser trabalhados para a viabilização de respostas aos seus problemas teóricos centrais. Entre esses desafios pode-se citar, como exemplos, diagnósticos e análises sociológicas e antropológicas dos problemas em sua dimensão histórica, econômica, cultural, social e de exercício do poder. Outros desafios também devem ser citados: integrar dados e indicadores quantitativos e qualitativos; comprometer os gestores públicos e privados com participação plena para que haja compreensão do enfoque e a implementação de políticas condizentes com os resultados das pesquisas; mudar a perspectiva linear e restrita para o enfoque mais dinâmico, exercitando a transdisciplinaridade e definindo uma linguagem comum e padrão para todos os grupos envolvidos; e conseguir a participação de todos os atores e agentes sociais envolvidos nos problemas do território em análise (Gómez & Minayo, 2006).

Enfoques ecossistêmicos em saúde e a Rede PDTSP-Teias Manguinhos

A discussão que trazemos é, fundamentalmente, de cunho metodológico, tendo como foco uma estratégia integradora de pesquisa e intervenção — o enfoque ecossistêmico em saúde — que, entre outras possibilidades, vem se desenvolvendo no enfrentamento de problemas relativos ao binômio ambiente-saúde. Essa abordagem traz, como aspectos importantes, o envolvimento de um território específico de análise e o pluralismo metodológico, que podem resultar em estratégias de produção de conhecimentos multi, inter ou mesmo transdisciplinares.

A Rede PDTSP-Teias Manguinhos desenvolveu um conjunto diversificado de pesquisas em um único território e envolvendo populações vulneráveis: um bom exemplo dos potenciais de aplicação do enfoque ecossistêmico. Consistiu de treze projetos com temas, abordagens teóricas e metodologias diversas, realizados no território de Manguinhos onde são demarcadoras as vulnerabilidades sociais, econômicas e ambientais às quais se encontram expostas as populações. Os projetos foram realizados ao longo de dois anos com o objetivo de gerar conhecimentos, produtos, processos e abordagens que contribuíssem para com políticas, ações e soluções que resultassem nas melhorias das condições de vida e saúde das populações de Manguinhos.

A partir do contexto desse território, assim como de uma ampla produção bibliográfica já existente (Waltner-Toews, 2004; Kay et al., 1999; Gómez & Minayo, 2006), se faz necessário levar em consideração a relevância do enfoque ecossistêmico em saúde e seus pressupostos: integração de informações; participação da comunidade e formulação de propostas e políticas públicas. Tendo como referência o enfoque ecossistêmico em saúde procuramos neste capítulo sistematizar o conjunto dos produtos resultantes dos projetos da Rede PDTSP-Teias Manguinhos. Essa sistematização teve como referências fontes secundárias, como os relatórios produzidos pelos coordenadores dos projetos

(alguns completos e outros não), bem como entrevistas com eles sobre os seus produtos. O objetivo foi oferecer uma síntese descritiva para uma compreensão ampliada de um conjunto de projetos inter-relacionados, com potencial de ampliação do diagnóstico atual deste território e suas especificidades no que diz respeito aos determinantes sociais de saúde, bem como suas ações e respostas sociais (participação), com o intuito de melhorar a qualidade de vida desta população.

Os treze projetos da Rede PDTSP-Teias Manguinhos foram:

* **Internet e Saúde: um desafio para a rede PDTSP-Teias** — Coordenador André Pereira;

* **Capacitação Comunitária para prevenção de tuberculose e parasitoses através da educação popular participativa em saúde, em comunidade de baixa renda do entorno do *campus* da Fiocruz** — Coordenador Antonio Henrique Almeida;

* **Cuidados em saúde sexual e reprodutiva nos territórios integrados de atenção à saúde** — Coordenadoras Claudia Boman e Andreza Rodrigues;

* **Produção, circulação e apropriação de conhecimento para Promoção da Saúde e Justiça Ambiental** — Coordenadora Fatima Pivetta;

* **Inquérito Socioeconômico** — Coordenadora Marília Sá Carvalho;

* **Indicativos de Promoção de Saúde da saúde da criança e do adolescente com condições crônicas: uma interlocução entre atenção terciária de média e alta complexidade e os territórios integrados de atenção à saúde** — Coordenadora Martha Moreira;

* **Participação e intersetorialidade: desenvolvimento de estratégias para a Promoção da Saúde no Teias-Escola Manguinhos** — Coordenadora Mayalu Matos;

* **Tecendo redes por um planeta Terra saudável – Polo Manguinhos** — Coordenadora Maria Mercês Vasconcellos;

* **Participação e intersetorialidade: desenvolvimento de estratégias locais para a Promoção da Saúde no Teias-Escola**

Manguinhos. Contribuições para um diagnóstico socioambiental em Manguinhos — Coordenador Paulo Bruno;

* **Ciência, saúde e desenvolvimento local – estratégias de Promoção da Saúde com ciência e arte potencializando tecnologias sociais aplicadas a diferentes territórios abordados na missão da Fiocruz** — Coordenadora Tânia Araujo;

* **Tecendo considerações a respeito do morar e da moradia em Manguinhos – a arte histórica da (re) invenção do espaço urbano** — Coordenadora Tânia Fernandes;

* **Curso de qualificação em participação social e gestão em saúde** — Coordenadores Valeria Cristina Gomes de Castro e Marcelo de Moura Coutinho;

* **Modelos de serviços farmacêuticos aos pacientes portadores de *Diabetes mellitus*: dispensação e seguimento farmacoterapêutico** — Coordenadora Vera Lucia.

Este conjunto de projetos foi executado tendo como referência abordagens integradas, como por exemplo os enfoques ecossistêmicos em saúde. Procurou-se, desde o início, uma aproximação gradual entre os pesquisadores e a população de Manguinhos, integrando os conhecimentos científicos e os saberes da população para compreensão e busca de produtos como diagnósticos e jogos, por exemplo, assim como processos de fortalecimento das ações no nível local e de melhoria da gestão da saúde, entre outros, que contribuíssem para mudar o quadro de vulnerabilidade do território. Foram adotadas várias abordagens metodológicas: inquéritos socioeconômico e ambientais; participação social em conselhos e comitês; rodas dialógicas, etnografias, relatos, entrevistas e narrativas de atores sociais, gestores e profissionais de saúde (educação não formal/ emancipatória). Essas abordagens resultaram tanto nos produtos tradicionais de pesquisa (livros, capítulos de livros, artigos, entre outros), como também na produção de jogos recreativos, vídeos, fotos, boletins de notícias (tecnologias sociais e de informação).

Tendo como referência os enfoques ecossistêmicos em saúde organizamos a sistematização dos resultados dos projetos em dois tópicos. O primeiro sobre os diagnósticos no território de Man-

guinhos, que reuniram informações diversas. O segundo sobre ações e respostas envolvendo a participação dos atores sociais.

DIAGNÓSTICOS NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS

Do total dos treze projetos, cinco utilizaram inquéritos e questionários domiciliares com a finalidade de conhecer, analisar e formular propostas (ações e respostas) para a melhoria das condições de vida da população. Os projetos reuniram um conjunto de informações relativamente comuns ao campo da saúde (doenças, acesso a serviços de saúde e medicamentos), além das relacionadas às dimensões sociais (condições de vida e determinantes sociais) e ambientais (resíduos sólidos, solo e água).

Pressupondo o enfoque ecossistêmico em saúde consideramos que este conjunto de informações sobre o território de Manguinhos teve o objetivo de realizar uma descrição dele, contando, em alguns projetos, com a participação dos moradores como entrevistadores.

No âmbito da dimensão social o *Inquérito Socioeconômico* coordenado pela pesquisadora Marília Sá Carvalho, aplicado nas duas Clínicas de Família do território Manguinhos (a Victor Valla e o Centro Municipal de Saúde) é um bom exemplo. Através das diversas informações coletadas, revelou-se que o grupo etário mais ativo em termos de trabalho é de 19 a 59 anos, uma população que possui o ensino fundamental incompleto e com renda entre dois e quatro salários mínimos. Resultados similares foram obtidos em outro projeto denominado de *Capacitação Comunitária para prevenção de tuberculose e parasitoses através da educação popular participativa em saúde, em comunidades de baixa renda do entorno do campus da Fiocruz*, coordenado pelo pesquisador Antônio Henrique de Almeida, que também teve como metodologia a aplicação de questionários a fim de conhecer de forma ampla e melhor a população de Manguinhos e Complexo do Amorim e suas particularidades.

Ainda em relação à dimensão social, questões como moradia e inclusão digital também foram investigadas, revelando que grande parte da população mora em casas de alvenaria com laje e

piso em cerâmica, com cerca de 50% tendo acesso à computadores e internet nos domicílios, revelando um potencial de acesso à informações para além das fontes tradicionais, como rádio, televisão e jornais.

O projeto *Tecendo redes por um planeta terra saudável – Polo Manguinhos*, coordenado pela pesquisadora Maria Mercedes Vasconcellos através da metodologia de educação não formal, utilizou-se de um jogo cooperativo denominado Unidos para Produzir um Lugar Saudável que permitiu identificar e analisar questões sociais muito peculiares do território de Manguinhos. Tendo como referência o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sistematizou os discursos dos alunos de escolas do entorno sobre os problemas por eles vivenciados (como as questões relacionadas às drogas e a violência) e suas perspectivas, sendo estas incorporadas como parte do jogo cooperativo.

Outros três projetos também contribuíram, através de seus produtos, para o diagnóstico das condições de vida da população de Manguinhos, sendo estes: *Indicativos de Promoção de Saúde da saúde da criança e do adolescente com condições crônicas: uma interlocução entre atenção terciária de média e alta complexidade e os territórios integrados de atenção à saúde (Teias)*, coordenado por Martha Cristina Moreira; *Participação e intersetorialidade: desenvolvimento de estratégias locais para a Promoção da Saúde no Teias-Escola Manguinhos — contribuições para um diagnóstico socioambiental em Manguinhos*, coordenado por Paulo Bruno; *Ciência, saúde e desenvolvimento local — estratégias de Promoção da Saúde com ciência e arte potencializando tecnologias sociais aplicadas a diferentes territórios abordados na missão da Fiocruz*, coordenado por Tânia Cremonini de Araújo. Dentro de suas especificidades eles revelaram aspectos relacionados às condições de vida da população de Manguinhos em suas vulnerabilidades com relação a diversas questões como drogas, álcool, desemprego, acessibilidade de transportes; condições de moradia e resíduos sólidos; acesso a água potável e coleta de lixo, respectivamente.

Os múltiplos diagnósticos revelam as condições de vida de uma população adulta que tem baixo nível de escolaridade, o

que contribui para sua baixa renda. Além disso, se o problema do acesso ao transporte público afeta a todos, as famílias de crianças e adolescentes com doenças crônicas vivenciam esta limitação de forma mais dramática, pois o acesso ao transporte afeta o próprio tratamento. Outro tema revelado nos projetos foi o das drogas e violência que afetam todos e já surgem, nas falas das crianças, como questão importante. Por outro lado, mesmo nessas condições de vulnerabilidade, as condições das habitações estão bem melhores do que no passado e quase metade da população tem condições de inclusão social.

No âmbito da dimensão ambiental cinco projetos pesquisaram aspectos relacionados ao lixo e resíduos sólidos, solo e água: *Inquérito Socioeconômico; Capacitação Comunitária para prevenção de tuberculose e parasitoses através da educação popular participativa em saúde, em comunidades de baixa renda do entorno do campus da Fiocruz; Participação e intersectorialidade: desenvolvimento de estratégias locais para a Promoção da Saúde no Teias-Escola Manguinhos. Contribuições para um diagnóstico socioambiental em Manguinhos; Ciência, saúde e desenvolvimento local — estratégias de Promoção da Saúde com ciência e arte potencializando tecnologias sociais aplicadas a diferentes territórios abordados na missão da Fiocruz.*

Os resultados dos projetos demonstraram que o acesso à água existe em 99% das habitações, sendo canalizada e filtrada, com reservatório de água com tampa. Para o lixo e resíduos sólidos, o *Inquérito Socioeconômico* revelou que os domicílios ao redor das duas clínicas de família apresentaram diferenças. Ao passo que na Victor Valla havia coleta de lixo regular nos domicílios, no Centro Municipal de Saúde o lixo era depositado em caçambas. A frequência na coleta do lixo em algumas áreas de Manguinhos também foi analisada e confirmada em outros projetos, como o *Ciência, Saúde e Desenvolvimento local — estratégias de Promoção da Saúde com ciência e arte potencializando tecnologias sociais aplicadas a diferentes territórios abordados na missão Fiocruz* (envolveu questionário sobre manejo e descarte de resíduos sólidos domésticos: manejo do lixo; posse responsável de animal

doméstico e zoonoses — *larvas migrans*) e *Participação e interseccionalidade: desenvolvimento de estratégias locais para a Promoção da Saúde no Teias-Escola Manguinhos. Contribuições para um diagnóstico socioambiental em Manguinhos*. As informações e fotos resultantes destes projetos revelaram um quadro diferente dos apresentados nos dados oficiais, já que ainda existe grande volume de lixo e resíduos sólidos nas ruas do território de Manguinhos.

Por fim, no Projeto *Tecendo redes por um planeta terra saudável — Polo Manguinhos*, as questões relacionadas a lixo e resíduos sólidos nas ruas e nos rios também apareceram como questões para as crianças, além de outros problemas relacionados a poluição, desmatamento e enchentes.

Os projetos revelaram que, na dimensão ambiental, se a água para quase todos é canalizada e tratada, a questão do lixo e dos resíduos sólidos aparece como não resolvida. Adultos, crianças e adolescentes de Manguinhos vivenciam e relatam que a coleta do lixo não é realizada regularmente, o que contribui para que ele seja depositado de forma irregular nas ruas e rios agravando as situações de enchentes, bem como a proliferação de insetos e roedores, contribuindo para tornar ainda mais vulneráveis as condições de vida e de saúde da população.

Na dimensão saúde foram analisados alguns problemas, tais como: doenças crônicas; estado nutricional; procura e acesso a serviços de saúde e medicamentos; autoavaliação de saúde; parasitoses, zoonoses e questões imunoepidemiológicas.

No projeto *Inquérito Socioeconômico* foram aplicados questionários envolvendo temas como: avaliação da saúde; procura e uso dos serviços de saúde e medicamentos pela população; doenças crônicas; questões comportamentais. Os resultados revelaram que a população percebe a sua saúde como boa. Quanto à procura por serviços de saúde, em sua maioria, ocorreram por motivos de doenças ou para consultas odontológicas. Em relação às doenças crônicas, *Diabetes mellitus* e Hipertensão Arterial, não aparecem em números significativos, assim como o uso frequente de medicamentos. Em relação às questões comportamentais o projeto revelou o hábito de fumar e o sedentarismo infantil (TV,

videogame e computador) como questões que podem resultar em futuros problemas de saúde para estes grupos populacionais. Outro aspecto importante identificado foi a gravidez na adolescência, com a maioria das gestantes na faixa etária de quinze-dezenove anos. Ainda, em relação à saúde da mulher, foram positivos os achados de que a maioria das mulheres de Manguinhos fazem mamografia anualmente, contribuindo para a detecção precoce e tratamento do câncer de mama.

O projeto *Capacitação Comunitária para prevenção de tuberculose e parasitoses através da educação popular participativa em saúde, em comunidades de baixa renda do entorno do campus da Fiocruz* também realizou um inquérito sobre questões de saúde, porém focado em situações imunoepidemiológicas, abordando a prevalência e a inter-relação entre as doenças (tuberculose, parasitoses), bem como a influência de aspectos nutricionais e educacionais no território Manguinhos. De acordo com o apontado no relatório deste projeto, os resultados foram: ausência de conhecimento, atitudes e práticas em relação às parasitoses intestinais e a frequência deles foi maior para o protozoário *Endolimax nana* e o helminto *Ascaridis lumbricoides*, assim como se verificou que não existiu coinfeção de Tuberculose com Parasitoses Intestinais significativamente. Ao estudarem a tuberculose, verificaram que as populações tanto do Amorim quanto do Território de Manguinhos sabem da importância dessa doença, porém não têm conhecimentos das medidas de prevenção. Quanto ao estado nutricional de crianças e adolescentes do parque Oswaldo Cruz, observou-se uma situação adequada, o que não ocorreu para os adultos, já que apresentavam sobrepeso e circunferência abdominal com risco de doenças cardiovasculares. Diferentemente da população do Complexo de Favelas de Manguinhos, em que os adultos apresentam estado nutricional adequado e ausência de risco de doenças cardiovasculares, considerando-se a medida antropométrica circunferência abdominal.

Ainda na dimensão saúde, ao analisar as variáveis parasitoses e zoonoses, dois projetos trabalharam de forma cooperativa e interdisciplinar: *Capacitação Comunitária para prevenção de*

tuberculose e parasitoses através da educação popular participativa em saúde, em comunidades de baixa renda do entorno do campus da Fiocruz; Ciência, Saúde e Desenvolvimento local — estratégias de Promoção da Saúde com ciência e arte potencializando tecnologias sociais aplicadas a diferentes territórios abordados na missão Fiocruz.

O primeiro, além das análises citadas acima, também identificou e analisou escabioses e pediculoses nos residentes da Comunidade do Amorim e nos pacientes do Complexo de Favelas de Manguinhos. As informações referentes à forma e local de contaminação de escabioses e pediculose são divergentes nas duas comunidades, assim como formas de sintomatologias, tratamentos e medidas de prevenção. O segundo projeto estudou a larva *migrans* como parasitas provenientes de cães e gatos, sendo verificado que a maioria da população não foi infectada por este parasito, além de não ter conhecimento adequado em relação ao tipo e forma de contaminação. Os resultados desses dois projetos apontaram para a falta de conhecimento da população sobre parasitos e zoonoses, formas de transmissão e medidas preventivas, sendo este também um dos fatores de disseminação.

A saúde, compreendida de forma ampla, também foi explorada através dos discursos coletivos no projeto *Tecendo redes por um planeta saudável — Polo Manguinhos*. Surgiram questões relacionadas aos serviços de saúde, doença, fome e dengue.

O acesso a medicamentos, principalmente para assistência a pacientes com *Diabetes mellitus* foi abordado no projeto *Modelo de serviços farmacêuticos aos pacientes portadores de Diabetes mellitus: dispensação e seguimento farmacoterapêutico*.

E para finalizar, em relação a acesso e uso dos serviços de saúde, dois projetos focaram neste tipo de diagnóstico a fim de avaliar a rede (capacitação dos profissionais, insumos, instrumentos de registros) de saúde das clínicas de saúde da família, Victor Valla e Centro Municipal de Saúde, e como esta influencia na saúde dos moradores de Manguinhos tanto para crianças e adolescentes com doenças crônicas como para questões de saúde sexual e reprodutiva. Os projetos foram *Indicativos de Promoção de Saúde da saúde da criança e do adolescente com condições crônicas: uma*

interlocução entre atenção terciária de média e alta complexidade e os territórios integrados de atenção à saúde (Teias) e Cuidados em saúde sexual e reprodutiva nos territórios integrados de atenção à saúde.

Este último projeto realizou entrevistas com 57 profissionais e observações de campo. De acordo com os resultados apresentados em seu relatório, foi possível perceber e avaliar como é o serviço de saúde e pontos positivos das duas clínicas da saúde da família no território, focando a saúde sexual e reprodutiva: profissionais de saúde apresentam especialidades ou experiências em saúde da família; as equipes são completas quanto ao número de profissionais; cada equipe tem suas formas de divisão de trabalho em que privilegiam espaços de reuniões para discutir os casos e organizar/planejar a assistência. Por outro lado, ainda segundo seu relatório, foram revelados também pontos negativos, como os relacionados às formas de registros que eram consideradas inadequadas pelos profissionais por conta do número de informações demandadas, levando muitos a utilizarem registros informais (livros, planilhas, mapas) que acabavam não sendo incorporados.

Ambos os projetos apontavam para desdobramentos no sentido de se identificar indicadores de saúde que pudessem melhorar os serviços e a assistência a doenças crônicas em crianças e adolescentes, bem como à saúde sexual e reprodutiva, através da reorientação dos modelos e processos de atenção e cuidado à saúde.

Na dimensão saúde, o território de Manguinhos ainda apresenta muitas vulnerabilidades que contribuem para problemas de saúde nos diferentes grupos (adultos, crianças, adolescentes). Por um lado, os resultados dos projetos apontam para uma população que avaliou sua saúde como boa, não apresentando números significativos de *Diabetes mellitus* e Hipertensão Arterial, procurando os serviços exclusivamente por problemas de saúde e consultas odontológicas. Por outro, os resultados destes projetos também revelaram problemas como sedentarismo, sobrepeso e hábito de fumar como fatores que contribuem para doenças crônicas futuras. Em relação a doenças infecciosas e parasitárias

um dos projetos tem como um dos seus resultados o desconhecimento sobre os aspectos básicos de transmissão, sintomas, prevenção, tratamento, cuidado e atitudes contribuem para a ocorrência dessas doenças. Outro tema que surgiu como um problema de saúde pública foi a questão da gravidez na adolescência. Em relação aos serviços de atenção nas clínicas da família foram identificados muitos aspectos positivos relacionados às equipes e alguns negativos relacionados especificamente ao registro de indicadores com características do perfil da população atendida e seu quadro epidemiológico.

AÇÕES E RESPOSTAS ENVOLVENDO A PARTICIPAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS

Outro ponto muito importante para os enfoques ecossistêmicos em saúde é o da participação social envolvendo as dimensões social, ambiental e saúde.

Através da participação social os diversos segmentos populacionais podem refletir e se conscientizar sobre seu papel para a construção equânime e equitativa do bem-estar social, promovendo assim saúde no território, autonomia e superação das iniquidades sociais. Nesta abordagem, a maioria dos treze projetos teve um enfoque em que, por meio do conhecimento, da capacitação, da autonomia e da conscientização dos atores nas diversas dimensões (social, ambiente e saúde), assim como nas questões relacionadas à situação atual do território (diagnóstico, vulnerabilidades socioambientais e de saúde), todos se interligavam e se relacionavam, mostrando a importância desta rede de pesquisa, PDTSP-Teias Manguinhos, tanto para a área acadêmica Fiocruz, quanto para o empoderamento dos atores locais.

No que diz respeito às ações e respostas dos projetos, se faz necessário analisar todas as variáveis de forma interligada, uma vez que a participação social ocorre em encontros, cursos, conselhos em que na maioria das vezes todos os aspectos, demandas e problemáticas do território de Manguinhos são expostos e discutidos. Assim, dos treze projetos podemos citar nove, com a finalidade de, além de favorecer a rede de parcerias, terem sido capa-

zes de identificar e/ou mobilizar atores sociais de Manguinhos e suas atuações, favorecendo a participação social na identificação dos principais problemas do território e possíveis resoluções.

O projeto *Internet e Saúde: um desafio para rede PDTSP-Teias*, do pesquisador André Pereira, é o primeiro como exemplo nas três dimensões. Segundo os relatos deste projeto, os alunos do laboratório Laiss (laboratório, internet, saúde e sociedade) e moradores de Manguinhos, tiveram a oportunidade de se alfabetizar digitalmente, com base em sua curiosidade e interesse, e avaliar as informações disponíveis em *sites* de saúde. Segundo as informações fornecidas pela coordenação deste projeto, ele foi baseado nos princípios da Promoção da Saúde (empoderamento com o controle sobre a vida, saúde e meio ambiente, e desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais), duas turmas foram formadas entre os moradores de Manguinhos, os funcionários do Centro de Saúde e do Cecal. Vídeos foram produzidos sobre os diversos temas: saúde, ambiente, estilos de músicas, formaturas das próprias turmas.

Os projetos *Internet e Saúde: um desafio para rede PDTSP-Teias* e *Capacitação Comunitária para prevenção de tuberculose e parasitoses através da educação popular participativa em saúde, em comunidades de baixa renda do entorno do campus da Fiocruz* estabeleceram uma parceria através do *Curso Saúde Comunitária: uma construção de todos*. Neste curso, moradores, profissionais de saúde e professores de primeiro e segundo grau das escolas de Manguinhos e da área do entorno do *campus* Fiocruz Mata Atlântica (Jacarepaguá), foram capacitados a atuarem em pesquisas de campo e promover a prevenção dessas doenças. Segundo os relatos dos coordenadores desses projetos, a parceria objetivou a familiarização dos alunos com a edição de vídeos abordando os temas do curso: água, nutrição, violência, drogas, hanseníase, lixo, tuberculose, insetos como vetores de doenças, HIV e DST, sendo produzidos sete vídeos. Estes dois projetos formaram 148 alunos da comunidade de Manguinhos, além de estimularem os indivíduos a se conscientizarem que podem agir como agentes transformadores na superação das iniquidades sociais em seus territórios.

Ainda em relação ao projeto de *Capacitação Comunitária para prevenção de tuberculose e parasitoses através da educação popular participativa em saúde, em comunidade de baixa renda em torno do campus Fiocruz*, através do *Curso Saúde Comunitária: uma construção de todos*, promoveram-se reuniões periódicas e oficinas de educação em saúde com os moradores e lideranças locais da comunidade, a fim de delinear ações colaborativas para a prevenção de tais doenças e promover saúde. Vários pesquisadores foram convidados a ministrar aulas sobre: Informação e Promoção da Saúde — André Pereira; Participação e Saúde — Rosane Marques de Souza; Saúde Materno-infantil — Martha Moreira; Mecanismos de acesso a medicamentos no sistema público de saúde — Vera Lúcia Luiza. O projeto dessa maneira teve como objetivo estimular os indivíduos a aumentarem o conhecimento e exercitarem a autonomia, favorecendo a discussão de estratégias para promoção da saúde e melhorias na sua qualidade de vida. De acordo com o relato dos coordenadores, a metodologia utilizada de educação popular em saúde, mediante ações participativas, contribuiu para que os diversos segmentos da população de Manguinhos refletisse sobre seu papel na construção equânime e equitativa do bem-estar social, promovendo saúde.

Outro projeto muito próximo do objetivo do relatado acima foi o *Curso de qualificação em participação social e gestão em saúde*, dos pesquisadores Valéria Cristina Castro e Marcelo de Moura Coutinho, destinado a conselheiros de saúde e demais representantes da sociedade civil, com a finalidade de favorecer a participação social na gestão em saúde. Este curso teve sua metodologia desenvolvida de forma participativa, por meio de um processo de construção mútua de conhecimento, no qual, por meio de aulas sobre diversos temas, os 25 alunos se tornassem capazes de agir ética e politicamente nas relações sociais, buscando alcançar melhores condições de vida para si e para a coletividade.

Interessante observar que estes projetos envolvendo cursos, mesmo que não trabalhando de forma cooperativa, apresentaram metodologias e objetivos próximos, visando a participação social, a capacitação e a autonomia dos moradores de Manguinhos.

O projeto *Participação e intersectorialidade: desenvolvimento de estratégias para a Promoção da Saúde no Teias-Escola Manguinhos*, coordenado pelas pesquisadoras Mayalu Matos e Rosane Marques, teve como objetivo promover uma construção compartilhada de conhecimento com a comunidade ampliada, de modo que favorecesse maior e melhor democratização, compreensão e compartilhamento de informações em várias linguagens. De acordo com os relatos deste projeto, os atores sociais foram identificados e mobilizados, sendo parte desse processo a formação de Comitês de Mobilização, Conselhos Comunitários de Manguinhos, Conferência “Livre” de Saúde e Comitês de Gestores Intersetoriais, como espaços de articulação, discussão e formação de multiplicadores. Ainda segundo os coordenadores, estas tecnologias sociais, entendidas como “conjunto de técnicas, metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriadas por ela, que representam soluções para a inclusão social e melhoria das condições de vida”, envolveram desde cursos, encontros, rodas de conversas, eventos, até mesmo as tecnologias de informação dentre elas: *blogs*, informes e redes sociais, em que todos os moradores envolvidos debatam criticamente sobre as políticas públicas desenvolvidas no território, atuando para melhoria na qualidade de vida e saúde do território.

Outros três projetos, ainda dentro das dimensão social, saúde e ambiente relacionados às tecnologias sociais e de informação, devem ser citados, uma vez que produziram informes, *blogs*, vídeos/documentários, *folders*, calendários, jogos recreativos, fotos e boletins de informações. *Produção, Circulação e Apropriação de conhecimento para Promoção da Saúde e justiça ambiental*, coordenado pela pesquisadora Fatima Pivetta, sistematizou em linguagens audiovisuais e artísticas seus conteúdos com temas de saúde e ambiente, através de uma Maleta de Trabalho do Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM), que continha: Histórias de Manguinhos — documentário *Manguinhos: histórias de pessoas e lugares*, livro *História de pessoas e lugares. Memórias das comunidades de Manguinhos*, cordel *Manguinhos em prosa e verso*; Análises do PAC Manguinhos — documentário *PAC Manguinhos*

nhos: o futuro a Deus pertence, documentário *PAC Manguinhos: promessa, desconfiança, esperança*, livro *PAC Manguinhos um relato fotográfico*; Jogos interativos — livro-jogo *Território, saúde e ambiente: a tosse misteriosa*; *Mangue, Manguinhos, Manguezal em slide show*; *Enchentes em Manguinhos em calendário*. A ideia foi que estes produtos pudessem ser utilizados separadamente ou integrados a partir de uma situação-problema, compreendendo assim o território, suas transformações, vulnerabilidades, potencialidades e processos sociais de produção da saúde e da doença.

Tecendo redes por um planeta terra saudável em Manguinhos, coordenado pela pesquisadora Maria Mercês Vasconcellos, projeto em parceria com o Museu da Vida/COC/Fiocruz, foi mediado pelo setor educativo do museu, e envolveu escolas públicas localizadas no entorno do *campus*. De acordo com o relato da coordenação, através da metodologia de educação emancipatória, os alunos trabalharam de forma coletiva e cooperativa a fim de se organizarem politicamente na luta pelos seus direitos a uma vida saudável. Com a utilização de materiais educativos, tecnologias sociais — *Jogo cooperativo: unidos para produzir um lugar saudável, e compreensão da realidade da vida local e global*, o objetivo do projeto foi ampliar os impactos positivos na promoção e produção social da saúde no território. As ações educativas tiveram como base o diálogo e aproximação de conhecimentos entre os estudantes, educadores e pesquisadores sobre a problemática socioambiental (lixo, percepções do mundo e da comunidade, saúde, drogas, violência), e suas implicações em territórios socialmente vulnerabilizados, resultando, segundo a coordenadora, em maiores conhecimentos sobre o território de Manguinhos.

Outro ponto importante a ser considerado na participação social, foram as formas de educação não formal envolvidas nestes projetos: encontros, entrevistas dialogadas, rodas dialógicas, atividades interativas, promoção da alegria, valorização do lúdico, onde pesquisadores e moradores identificaram os diversos problemas do território de Manguinhos. Ainda que nem sempre trabalhando de forma articulada, podemos considerar que estes projetos procuravam criar vínculos entre diferentes grupos sociais.

Dentre estes projetos destacamos outros dois: *Indicativos de Promoção de Saúde da saúde da criança e do adolescente com condições crônicas: uma interlocução entre atenção terciária de média e alta complexidade e os territórios integrados de atenção à saúde (Teias); e Ciência, Saúde e Desenvolvimento local — estratégias de Promoção da Saúde com ciência e arte potencializando tecnologias sociais aplicadas a diferentes territórios abordados na missão Fiocruz.*

Ao considerar, além de tecnologias sociais e de informação, cursos de qualificação e rodas dialógicas, o projeto *Tecendo considerações a respeito do morar e da moradia em Manguinhos — a arte histórica da (re)invenção do espaço urbano* coordenado pela pesquisadora Tânia Fernandes teve como objetivo analisar as intervenções públicas que ocorreram em Manguinhos ao longo dos anos, como por exemplo, as obras do PAC e os impactos das remoções, realocações e construção de novas moradias na vida das pessoas. Entrevistas foram feitas com a ajuda da comunidade a fim de conhecer e entender qual a concepção da população em relação a habitação, cidade, favela e saúde e seus vínculos de sociabilidade, principalmente em relação ao PAC, tanto apoiando, como sendo contrário a ele. Este projeto, dentro da rede PDTSP-Teias Manguinhos, foi o único que se concentrou somente na abordagem de participação social na dimensão social.

Ressalte-se que o PDTSP-Teias Manguinhos, em sua rede e objetivos, criou um espaço de participação social entre os projetos de ação para que fossem articuladas inúmeras atividades e acontecimentos relacionados ao diagnóstico e à participação com diferentes atores sociais (moradores, profissionais de saúde e gestores) e pesquisadores da rede. Resultados desta rede focada em participação social envolveram, por exemplo, a participação em algumas sessões do conselho de gestão intersetorial (CGI) e fóruns de saúde; construção de glossário com as principais palavras da rede e suas definições para o grupo, que será divulgado para os moradores, gestores e trabalhadores; organização e participação em eventos como a Semana de Ciência e Tecnologia na Fiocruz (2012), procurando maior integração entre a população, instituição e projetos; e criação, divulgação das tecnologias sociais e informativas.

O conjunto destes projetos envolvendo ações e respostas de modo participativo envolveu a criação de diversos espaços de troca de conhecimentos, saberes e experiências, contribuindo para ampliar a compreensão dos problemas socioambientais e de saúde pela comunidade e profissionais. Este processo tinha como objetivo geral potencializar a participação da comunidade nos conselhos, nos fóruns e na formulação de propostas e políticas públicas com vistas a melhoras na sua qualidade de vida e na sua saúde.

No conjunto de Projetos do PDTSP-Teias encontramos os elementos básicos dos enfoques ecossistêmicos em interface, como demonstrado nas Figuras 2 e 3, relativas ao diagnóstico dos problemas ambientais e de saúde do território (vulnerabilidades) e a busca de participação e/ou soluções participativas, permeado pelo pluralismo metodológico e pela valorização dos processos de aprendizagem colaborativa sociais que envolvem especialistas e atores sociais locais. Nestas figuras os círculos representam as três dimensões presentes nos enfoques ecossistêmicos (social, ambiente e saúde), de modo que alguns projetos poderiam abordar as três simultaneamente, duas ou apenas uma. O mais importante nestas figuras é não só demonstrar a abrangência dos projetos em termos de dimensões incluídas, mas também o potencial de interações entre elas, considerando que as abordagens podem ser focais, mas os problemas sociais, ambientais e de saúde são sistêmicos.

Em Manguinhos, ou em outros territórios vulneráveis, abordagens que combinem participação social para a busca de diagnósticos e soluções, partindo da compreensão de que a pesquisa deve fortalecer e empoderar as comunidades locais, são de grande importância, mas exigem esforço contínuo de diálogos entre as diferentes abordagens teóricas, conceituais e metodológicas, e a produção de sínteses deste processo para se poder dar o salto de abordagens focais para sistêmicas. Os enfoques ecossistêmicos em saúde devem ser encarados como plataformas teórico-metodológicas que podem contribuir neste processo, transformando a pluralidade de teorias e métodos, e de vozes dos diferentes atores em seu maior potencial, combinando diagnóstico-participação-solução em relação aos problemas sociais-ambientais-saúde.

Figura 2. Rede de projetos do PDTSP-TEIAS de diagnóstico dos problemas ambientais e de saúde de Manguinhos

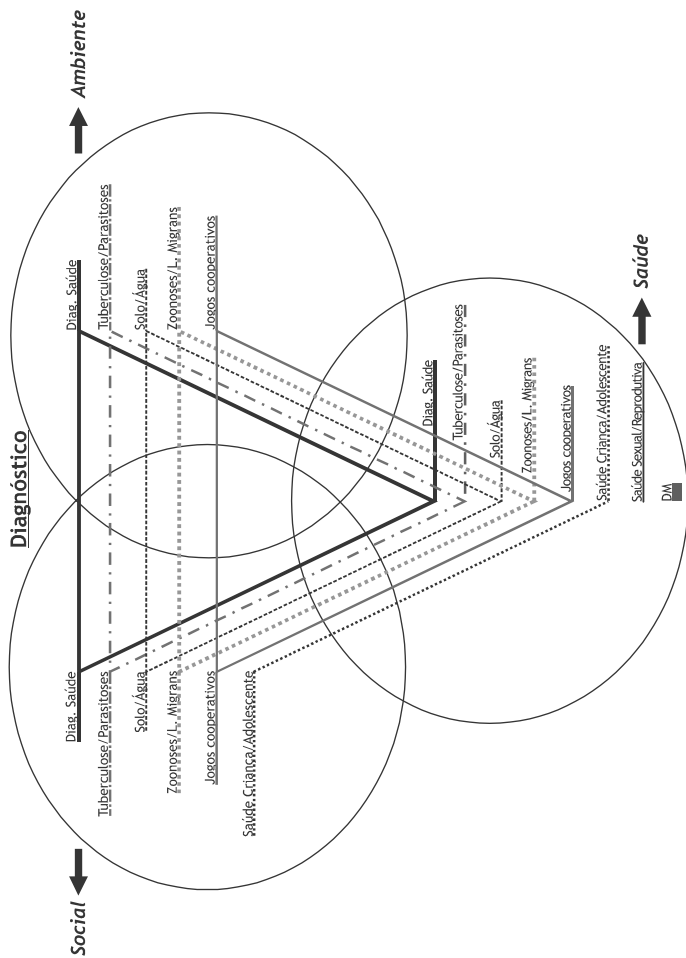
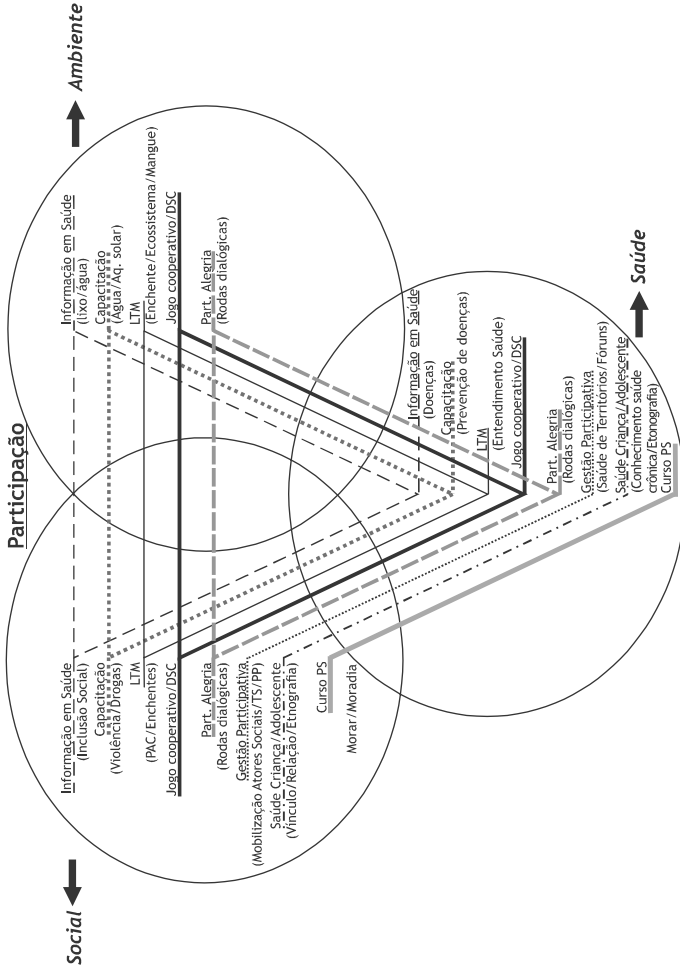


Figura 3. Redes de projetos do PDTSP-TEIAS com busca de participação e/ou soluções participativas em Mangueiros



PROJETOS DA REDE PDTSP - TEIAS MANGUINHOS E SUAS UNIDADES DE ANÁLISES:

Informação em saúde - Internet e saúde: um desafio para a rede PDTSP-TEIAS

Capacitação e tuberculose e parasitoses - Capacitação Comunitária para prevenção de tuberculose e parasitoses através da educação popular participativa em saúde, em comunidade de baixa renda do entorno do campus da Fiocruz

Saúde sexual e reprodutiva - Cuidados em saúde sexual e reprodutiva nos territórios integrados de atenção à saúde

LTM - Produção, circulação e apropriação de conhecimento para Promoção da Saúde e Justiça Ambiental

Diagnóstico saúde - Inquérito socioeconômico

Saúde criança/adolescente - Indicativos de Promoção de Saúde da saúde da criança e do adolescente com condições crônicas: uma interlocação entre atenção terciária de média e alta complexidade e os territórios integrados de atenção à saúde

Gestão Participativa - Participação e intersetorialidade: desenvolvimento de estratégias para a Promoção da Saúde no TEIAS-Escola Manguinhos

Jogo Cooperativo - Tecendo redes por um planeta terra saudável - Polo Manguinhos

Solo e água - Participação e intersetorialidade: desenvolvimento de estratégias locais para a Promoção da Saúde no TEIAS-Escola Manguinhos. Contribuições para um diagnóstico socioambiental em Manguinhos

Zoonoses/L. migrans e Part. alegria - Ciência, saúde e desenvolvimento local: estratégias de Promoção da Saúde com ciência e arte potencializando tecnologias sociais aplicadas a diferentes territórios abordados na missão da Fiocruz

Morar/moradia - Tecendo considerações a respeito do morar e da moradia em Manguinhos: a arte histórica da (re)invenção do espaço urbano

Curso OS - Curso de qualificação em participação social e gestão em saúde

DM Modelos de serviços farmacêuticos aos pacientes portadores de diabetes mellitus: dispensação e seguimento farmacoterapêutico

Considerações finais

O conjunto de parâmetros norteadores dos projetos PDTSP Teias-Manguinhos permitiu criar um ambiente envolvendo um conjunto de projetos que tinha como propósito ultrapassar os paradigmas biomédicos ou ambiental reducionistas e lineares. Envolver simultaneamente diferentes abordagens metodológicas em um conjunto de projetos, alguns tendo como base a transdisciplinaridade e a participação de todos os atores envolvidos no território de Manguinhos (moradores, gestores, profissionais de saúde) é um grande investimento na pesquisa que envolve também a ação.

Mesmo com este esforço, os resultados sobre a situação atual do território de Manguinhos nos demonstram como a melhoria da qualidade de vida local é um desafio permanente. O desafio envolve desde a mudança do padrão na relação entre poder público e comunidade, como o aumento da oferta de investimentos sociais em serviços básicos. Manguinhos, como um território vulnerável e degradado, caracterizado por questões de exclusão social e violência, exige novas estratégias de intervenção, quando o que está em jogo é a efetividade ou eficácia dos programas sociais. Uma gestão participativa para o desenvolvimento local e a melhoria da qualidade de vida, integrando os diversos setores e interesses em prol de uma agenda comum parece um caminho promissor (Lenira & Zancan, 2002).

Pensar estratégias de desenvolvimento local e promoção da saúde diante deste cenário dos serviços públicos e de direitos básicos da cidadania não é um problema simples. Daí a importância de abordagens sistêmicas, como por exemplo os enfoques ecossistêmicos em saúde. Porém, em realidades como a de Manguinhos, em que o quadro de carência e precariedade em infraestrutura urbana é tão acentuado e que possui uma população que muitas vezes chega a ser maior do que muitos dos municípios do País (36.610 habitantes segundo o Censo de 2010) no meio de um grande centro urbano é um desafio imenso. Desafio

que exige tanto considerar sanar os déficits sociais e degradação ambiental já existentes, como também pensar e propor um futuro melhor com qualidade de vida e para a promoção da saúde.

Enfim, a integração de Manguinhos e seus moradores à cidade, se, por um lado, é responsabilidade intransferível do poder público, por outro, mostra o quanto é crucial a mobilização e participação da comunidade no processo (Lenira & Zancan, 2002), com a finalidade de construir mecanismos de participação social que podem trazer impactos significativos para mudanças sociais e ambientais nas condições de vida e de saúde da população. Os enfoques ecossistêmicos em saúde, como plataformas de conexão entre diferentes teorias, métodos e atores sociais, bem como de problemas sociais, ambientais e de saúde, surgem como um pluralismo metodológico que integra a saúde o ambiente para o diagnóstico e busca de solução para estes problemas, sendo mais urgente e desafiador sua aplicação em cenários tão complexos como o de Manguinhos.

Referências

- Bodstein, R. & Zancan, L. "Avaliação das ações de promoção da saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social". In: Zancan, L.; Bodstein, R. & Marcondes, W. B. *Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: experiência em Manguinhos-RJ*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2002, pp. 39-59.
- Carneiro, F. F.; Netto, G. F.; Corvalan, C.; Freitas, C. M. & Sales, L. B. F. Saúde ambiental e desigualdades: construindo indicadores para o desenvolvimento sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 17, n.º 6, pp. 1419-25, 2012.
- Feola, G. & Bazzani, R. (eds.) *Desafíos y estrategias para la implementación de un enfoque ecossistémico para la salud humana en los países en desarrollo – reflexiones a propósito de las consultas regionales*. Montevídeu: CIID, 2002 (<<http://www.idrc.ca/lacro/docs/conferencias/ecosalud.html>>).
- Freitas, C. M. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, n.º 1, pp. 137-50, 2003.

- Freitas, C. M. “As ciências sociais e o enfoque ecossistêmico em saúde”. In: Minayo, M. C. S. & Coimbra Jr, C. E. A. *Críticas e atuantes – ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*, 2005, pp. 47-59.
- Freitas, C. M.; Oliveira, S. G.; Schütz, G. E. & Freitas, M. B. *Abordagem ecossistêmica para o desenvolvimento de indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde: região do Médio Paraíba*, Rio de Janeiro. Relatório técnico científico, 2007.
- Freitas, C. M.; Oliveira, S. G.; Schütz, G. E.; Freitas, M. B. & Camponovo, M. P. G. Ecosystem approaches and health in Latin America. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 23, n.º 2, pp. 283-96, 2007.
- Gómez, C. M. & Minayo, M. C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. *InterfacEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente*, vol. 1, n.º 1, ago. 2006.
- Lawinsky, L. ; Mertens, F.; Tavora, R.; Hoefel, M. G. L; Passos, C. J; Guimarães, J. R. & Vaz, C. A. As abordagens ecossistêmicas para a saúde humana: integrando saúde do trabalhador e saúde ambiental. In: XI Congresso Latinoamericano de Medicina Social e Salud Coletiva, 2009. Bogotá. *Anais do XI Congresso Latinoamericano de Medicina Social e Salud Coletiva*, 2009.
- Lebel, J. *Health – an ecosystem approach*. Ottawa: International Development Research Centre. 2003.
- Minayo, M. C. S. “Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida”. In: Minayo, M. C. S. & Miranda, A. C. (orgs.). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002, pp 173-89.
- Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). *Enfoques ecossistêmicos em saúde – perspectivas para sua adoção no Brasil e países da América Latina*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.
- Porto, M. F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciênc. saúde coletiva*, vol. 10, n.º 4, out.-dez. 2005.
- Waltner-Toews, D. *Ecosystem sustainability and health – a practical approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
- Waltner-Toews, D. & Kay, J. The evolution of an ecosystem approach: the diamond schematic and an adaptive methodology for ecosystem sustainability and health. *Ecology and Society*, vol. 10, n.º 1, p. 38, 2005.

CAPÍTULO 14
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA
INFORMAÇÃO DE *SITES* SOBRE DENGUE:
NOTAS SOBRE UMA EXPERIÊNCIA

ANDRÉ PEREIRA NETO

o0o

EM 2012, A EQUIPE DO Laboratório Internet, Saúde e Sociedade (Laiss) realizou um projeto de pesquisa que visava avaliar a qualidade da informação em *sites* sobre Dengue. Este projeto contou com apoio das Vice-Presidências de Pesquisa e Laboratório de Referência (VPPLR) e de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) por intermédio da “Rede PDTSP-Teias”, da Fundação Oswaldo Cruz. Para sua realização envolvemos moradores de Manguinhos, médicos da atenção primária do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (Ensp/Fiocruz) e um pesquisador do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (Fiocruz). Foram avaliados vinte *sites* de instituições ou empresas públicas e privadas, de pequeno e grande porte, nacionais, regionais ou internacionais.

Este capítulo descreve e analisa o cenário, o resultado, o passo a passo deste processo apresentando alguns problemas enfrentados ao longo do percurso.

Cenário

A publicação do livro *Ser Médico no Brasil. O presente no passado*, pela Editora Fiocruz (Pereira Neto, 2001) pode ser tomado como

um dos pontos de partida da rota de pesquisa trilhada que levou à criação do Laiss. Esta obra analisa as palavras dos participantes de um congresso médico realizado em 1922 na cidade do Rio de Janeiro, então capital da República. Na oportunidade os médicos sentiam-se ameaçados pela introdução da tecnologia diagnóstica na prática clínica e pela inscrição do poder público na construção de um sistema de assistência médica. Esses dois elementos eram vistos, por alguns médicos, como ameaça a sua autonomia técnica e econômica. Por outro lado havia quem associasse a chegada da tecnologia ao aumento de precisão diagnóstica e outros que viam na entrada do Estado na assistência como uma possibilidade de ampliação do mercado de trabalho para o médico. Concluímos um artigo publicado sobre o tema afirmando:

[. . .] a profissão médica, no Brasil, no início do século XX. [. . .] estava submetida à crescente presença do Estado que interferia no mercado de trabalho médico, promovendo o assalariamento. [. . .] No mesmo momento, a profissão médica, em si, passava por crescente processo de especialização e de introdução da racionalidade própria da precisão técnica. As controvérsias entre identidades profissionais distintas ou concorrentes evidenciaram-se de forma contundente, mas historicamente constituídas. Caso o momento fosse diferente, outras polêmicas, tensões e heterogeneidades seriam configuradas (Pereira Neto, 2000, p. 408).

O tempo passou e muita coisa mudou. O contexto histórico agora é outro.

No final do século XX e início do século XXI um novo ator social começou a entrar em cena e a causar transformações profundas em diferentes campos. Trata-se da internet. Não do artefato tecnológico em si, mas das inúmeras interações que promove em escala global.

A rede mundial de computadores, ou internet, surgiu com objetivos militares durante a Guerra Fria, através do Advanced

Research Projects Agency Network (ArpaNet) do Departamento de Defesa dos Estados Unidos. Aos poucos a internet invadiu o meio acadêmico, principalmente nos EUA. O início da década de 1990 é considerado um marco na popularização da internet, quando foram criados os navegadores (*browsers*), os provedores de acesso e portais de serviços *on-line* (Maynard, 2011).

O *site* da organização Internet Lives Statistics (<http://www.internetlivestats.com/>) indica que a cerca de quarenta por cento da população mundial tem atualmente conexão com a internet. Em 1995 este índice era de um por cento. Nos últimos dez anos o número de usuários cresceu dez vezes. O primeiro bilhão de pessoas foi alcançado em 2005. O segundo em 2010, o terceiro bilhão em 2014.

Há um número crescente de informações disponíveis, que podem ser acessadas de forma cada vez mais fácil e rápida. Por seu intermédio, o próprio indivíduo, além de ter a oportunidade de navegar por um amplo universo de temas, pode produzir informações, organizando seu *site*, *blog* ou página em uma rede social. Assim, a internet oferece novas oportunidades para a difusão, consumo e produção de informações em tempo real, de qualquer lugar do planeta. Esta intensa e radical transformação tecnológica na comunicação invadiu diferentes áreas da vida humana como a economia, o relacionamento interpessoal (Schaeffer, 2015), a cultura e a política (Braga et al., 2009).

A área saúde não ficou imune a esse fenômeno.

Em contexto marcado pelo aumento da presença da internet no cotidiano do cidadão a saúde desponta como uma das áreas em que se verifica aumento constante e significativo de informações disponíveis para um número cada vez maior de interessados. Por essa razão, é cada vez maior o número de cidadãos que acessam a internet para obter ou compartilhar informações sobre sua condição de saúde, de um parente ou amigo. São incontáveis os *sites* e comunidades virtuais sobre temas vinculados às questões relativas à saúde-doença, com informações sendo “postadas” a todo instante, por qualquer pessoa, em qualquer lugar onde haja uma conexão disponível.

O contexto onde se insere a prática médica hoje é bem diferente daquele do início do século XX. Do ponto de vista tecnológico, verifica-se o predomínio do uso das tecnologias diagnósticas em detrimento da relação dialógica entre profissional-paciente (Bicalho & Oliveira, 2012). Os médicos, em geral, primam pelos exames diagnósticos e de imagens antes de qualquer anamnese mais detalhada. Complementando esta visão Schraiber (2008) lembra que a prática médica é ação reparadora e de educação na medida em que:

[. . .] trata-se de uma situação em que pensar e agir, julgar, decidir, e fazer e aproximar-se fisicamente e dialogar se entrelaçam e se alimentam mutuamente para a realização técnica. Por isso também se diz que a medicina é ética, e sua prática, um exercício cotidiano de valores (Schraiber, 2008, p. 224).

Segundo Schraiber, este relacionamento tecnológico e pessoal tem levado a prática médica a viver uma crise de perda de confiança. A nosso ver esta *crise* está sendo acrescida pela erosão da autoridade profissional médica promovida pela interação entre o cidadão e as informações disponíveis na internet. Como assim?

O cidadão que realiza uma pesquisa na internet sobre alguma doença ou medicamento ou compartilha experiências em uma comunidade virtual sobre sua saúde ou tratamento, chega ao consultório com muitas informações. Graças a essas informações ele pode desenvolver habilidades pessoais e sociais e passa a ter condições de adquirir maior poder de decisão sobre seu corpo, saúde e doença. Muitos pacientes se consideram aptos a discutir um determinado assunto. O médico tem vários problemas para lidar; o paciente tem apenas o seu próprio. O *expert patient*, tal como vem sendo identificado na literatura especializada internacional, passou a procurar informações que auxiliem a tomada de decisão em torno do seu tratamento. Ele busca saber os benefícios ou prejuízos envolvidos com esta ou aquela escolha. Com isso ele tem

capacidade de interferir na tradicional relação médico-paciente, baseada na autoridade concentrada nas mãos do profissional.

A constatação dessa realidade nos tirou do passado e nos trouxe ao presente. O tema/problema continuou sendo o mesmo: a relação médico-paciente.

Em 2008 publicamos, em parceria com Helena Garbin e Cristina Guilan, um artigo sobre o tema onde consta uma análise bibliográfica de quinze artigos publicados em dois periódicos ingleses até 2005 (Garbin et al., 2008). Pretendíamos verificar como estes autores estrangeiros analisavam as possíveis consequências que o fenômeno do *expert patient* pode ter sobre a profissão médica. Em nossa conclusão afirmamos:

Alguns autores acreditam que a aquisição de informações sobre saúde pelo paciente, via internet, abala o *status* e a autoridade da profissão médica, contribuindo para o processo de desprofissionalização do médico. Outros autores reconhecem o potencial que esta nova realidade detém de alterar a tradicional relação médico-paciente, mas entendem que, por este processo, a racionalidade biomédica torna-se ainda mais fortalecida junto a seu público (Garbin, et al., 2008, pp. 582-3).

Estas possibilidades continuam em debate.

A expansão da internet, entretanto, trouxe consigo dois problemas.

Por um lado, cabe lembrar que milhões de cidadãos no mundo não têm condições materiais e conhecimentos mínimos necessários para acessar a internet e navegar nela. Os excluídos digitais são, em larga medida, os excluídos sociais. Por outro lado, salta aos olhos o problema da qualidade da informação sobre saúde na internet.

O fato de existirem inúmeros *sites* de saúde produzidos por organizações, agências ou indivíduos sem nenhum tipo de avaliação faz com que muitos apresentem informações incompletas, contraditórias, incorretas ou até fraudulentas. Mesmo que o

conteúdo veiculado seja correto e atualizado, ele pode ser apresentado de forma incompreensível para uma parcela significativa da sociedade. Essas informações podem atrapalhar o tratamento e prejudicar o paciente.

Em meio a esse cenário complexo criamos, em dezembro de 2009, com o auxílio da Faperj, o “Laboratório Internet, Saúde e Sociedade” (Laiss). O Laiss passou a funcionar em uma pequena sala, com dez computadores, vinculado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Este Centro de Saúde Escola atende a população residente em Manginhos, uma região situada na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, entre os bairros de Benfica e Bonsucesso, que engloba doze comunidades de baixa renda. Eles são os vizinhos da Fiocruz! Cada uma dessas comunidades apresenta condições de vida e indicadores sociais diferentes. Entretanto, o desemprego, a precariedade das relações de trabalho, a violência, o tráfico de drogas, a renda *per capita* em torno da linha da miséria e os baixos indicadores sociais e de saúde são comuns a todas as comunidades. Muitos dos que ali vivem são excluídos digitais (Ferreira, 2009).

A presença de um laboratório de internet junto a um centro de atenção básica à saúde pode causar estranhamento para muitas pessoas. Para nós, o uso crítico e criativo da informação auxilia o cidadão na luta e preservação de seus direitos. A informação é, portanto, fundamental para a Promoção da Saúde uma vez que facilita o processo de capacitação do indivíduo e da comunidade que busca melhorar sua qualidade de vida e saúde. Em outro artigo, publicado com Helena Garbin & Cristina Guilan (2012), defendemos a ideia da proliferação de laboratórios como o Laiss em outros centros de atenção primária, afirmando que:

A instalação de laboratórios de informática em centros de saúde e em comunidades de baixa renda para utilização por grupos de usuários para educação em saúde, como um exemplo de proposta prática, pode representar uma alternativa válida e necessária (Garbin et al., 2012, p. 359).

Para tratar do problema da exclusão digital começaram a ser desenvolvidas no Laiss, um conjunto de atividades voltadas para a “alfabetização digital” desses moradores. Entendemos que a inclusão digital representa um elemento importante para a inserção do indivíduo no mercado de trabalho, no acesso ao entretenimento e no pleno exercício da cidadania. Adotamos as chamadas “pedagogias ativas”, nas quais o processo ensino-aprendizagem incentiva a participação de cada aluno a partir de seus interesses e motivações (Chacur, 1995).

O problema da qualidade da informação em *sites* de saúde é outra linha de “pesquisa-ação” (Tripp, 2005). Partimos da constatação que, diante do dilúvio de informações promovido pela internet, torna-se necessário que cada grupo de interesse faça sua própria seleção, sua própria filtragem, construa sua própria arca, pois o cidadão tem dificuldade de distinguir o certo do enganoso ou o inédito do tradicional (Levy, 2001).

Nós na “Rede PDTSP-Teias”

Depois de construído o espaço físico começamos a submeter projetos de pesquisa, para diferentes agências, procurando obter apoio para desenvolver as atividades no Laiss. O tema “internet e saúde” não foi bem acolhido nas primeiras tentativas. Além disso, nossos projetos envolviam a participação direta de moradores de comunidades como pesquisadores-cidadãos. Estas sucessivas recusas põem em xeque a propalada integração ensino/pesquisa/extensão como intercessão privilegiada da produção de saberes (Lemos et al., 2011, p. 50).

No início de 2010 a Fiocruz decidiu conformar a “REDE PDTSP-TEIAS” para desenvolver e avaliar experiências no território integrado de atenção à saúde em Manguinhos.

Decidimos incorporar o Laiss nesta iniciativa desde o primeiro momento: sempre nos incomodou trabalhar no *campus* de Manguinhos e não desenvolver uma atividade de “pesquisa-ação” com nossos vizinhos.

Em 2011 o Laiss realizou sua primeira atividade de “pesquisa-ação” apoiada pela “REDE PDTSP-TEIAS”. Atuamos junto ao curso de “Saúde Comunitária: uma construção de todos”. Esta atividade tem sido oferecida gratuitamente aos moradores de Manguinhos pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Educação, Saúde e Moradores de Manguinhos: estes eram os pontos em comum que nos aproximavam dos colegas do IOC.

O apoio concedido pela “REDE PDTSP-TEIAS” permitiu a oferta de uma bolsa para profissional já graduado em início de carreira. Na oportunidade os alunos produziram filmes, utilizando como recurso seus próprios aparelhos celulares e os computadores do Laiss. Estes filmes, abordando temas relacionados com a saúde pública como violência, lixo e drogas, estão disponíveis no canal do Laiss no *Youtube* (<<https://www.youtube.com/user/laissensp>>).

Pretendíamos com essa atividade ensiná-los a pescar. O contato com as tecnologias da informação e comunicação pode ser comparado ao aprendizado relacionado com o uso adequado e eficiente do anzol, da vara e da linha. Esse projeto visava empoderar esses cidadãos. Para nós empoderamento é o processo de mobilização e prática que busca promover e impulsionar o crescimento, a autonomia e a melhoria de vida de indivíduos, grupos e comunidades (Gohn, 2004).

Com o fim desta atividade resolvemos desenvolver, dentro da “REDE PDTSP-TEIAS”, um projeto de “pesquisa-ação” de avaliação da qualidade de informação em *sites* sobre Dengue — ela foi escolhida para esta pesquisa piloto de avaliação de qualidade de informação em *sites* por se tratar de uma das doenças negligenciadas. “Essas doenças prevalecem ou podem incidir sobre noventa por cento da população mundial e mobilizam cerca de dez por cento do capital global destinado à pesquisa” (Ministério da Saúde, 2010, p. 1159). A dengue continua tendo altas taxas de morbidade e de mortalidade, sobretudo em crianças e adultos.

Mais uma vez a preocupação de fundo estava associada ao tema do empoderamento do cidadão. Parece difícil para nós

empoderar um cidadão com informações incorretas ou incompreensíveis.

O apoio recebido pela “REDE PDTSP-TEIAS” e o suporte adicional conferido pela Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS), assegurou a participação dos moradores das comunidades de Manguinhos, que construíram os indicadores e realizaram a avaliação de qualidade de informação de dengue.

Para organizar e desenvolver este projeto recorremos à bibliografia e às experiências internacionais sobre o tema. Sem muita dificuldade encontramos na internet os trabalhos de Ilza Leite Lopes (2008) e de Gunther Eysenbach e colaboradores (2002). A autora brasileira analisou treze das principais iniciativas internacionais para aprimorar a qualidade da informação em saúde na internet propostas por organismos internacionais, instituições privadas e não governamentais. Segundo a autora, os diversos critérios de qualidade foram propostos com o objetivo principal de resguardar o usuário de informações que ofereçam riscos para a sua saúde. Algumas instituições, ao final da avaliação, oferecem um selo de qualidade. Outras fornecem instruções para os provedores de informação. Há ainda quem divulgue um Código de Conduta que orienta o usuário a verificar se *site* e os seus conteúdos estão em conformidade com critérios preestabelecidos. Os autores estrangeiros publicaram os resultados de uma ampla revisão sistemática, analisando setenta e nove artigos sobre o tema, apresentando oitenta e seis critérios diferentes para a avaliação de *sites* de saúde. Realizando um esforço de síntese, eles reuniram estes critérios em cinco grupos, a saber: o *técnico*, que identifica se a informação oferecida tem referência; a *interatividade*, que avalia os aspectos estéticos e de navegabilidade do site; a *abrangência*, que verifica se constam as diferentes dimensões do tema avaliado; a *legibilidade*, que examina se o texto é de fácil compreensão ou não; e a *acurácia*, que averigua se a informação está correta e atualizada. Cada um deles contém um número distinto de indicadores. Além disso, estes autores chegaram à conclusão de que “nenhum dos estudos levou em consi-

deração a compreensão dos usuários de verdade ou o julgamento de especialistas” (Eysenbach et al., 2002, p. 2695).

Ao estruturar nosso projeto incorporamos os cinco critérios identificados por Eysenbach et al. (2002). Além disso, resolvemos inovar incorporando usuários e especialistas na produção dos indicadores e no processo de avaliação. A literatura especializada chama este tipo de iniciativa de “inovação incremental” quando houve uma adaptação ou melhoria de produto ou processo inovador já existente (Lemos, 1999).

Convidamos vinte moradores e dez médicos. Os moradores foram selecionados entre os alunos que haviam feito o curso de saúde comunitária no Laiss em 2011. A equipe de avaliadores foi composta por dezessete mulheres e três homens com níveis variados de escolaridade, tendo entre trinta e sessenta anos. Muitos deles não tinham habilidades e conhecimentos básicos de informática nem intimidade com as redes sociais. Entre os médicos, foram convidados cinco profissionais com experiência na Atenção Primária que trabalham no Centro de Saúde Escola Germano Sinval de Faria (Ensp-Fiocruz); um pesquisador do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (Ipec) da Fiocruz, estudioso de doenças febris, e quatro médicos recém-formados que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Eles avaliaram os *sites* e nos auxiliaram na elaboração das perguntas relacionadas especificamente com esta doença. Os demais médicos participaram apenas como profissionais avaliadores de *sites*.

Quando a atividade começou, os moradores receberam uma bolsa de R\$ 100 reais por mês proveniente da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS) para atuar como avaliadores da informação disponível nos *sites*. Eles se sentiram reconhecidos e respeitados por essa iniciativa da Fiocruz e denominaram carinhosamente a bolsa de “pochete”. Apesar do valor reduzido a bolsa serviu de estímulo à participação destes moradores. Como o espaço físico do Laiss comporta apenas dez computadores, o grupo se dividiu em dois que se reuniram semanalmente: um às quartas feiras das 17 às 19 horas

e outro aos sábados das 10 ao meio-dia, durante doze meses. Esses moradores avaliaram os *sites* como representantes dos usuários e frequentadores dos *sites*. Os médicos, por sua vez, não receberam nenhuma remuneração para fazer a avaliação.

Passamos os nove primeiros meses conversando com os avaliadores sobre cada critério e indicador. De forma dialógica (Freire, 1971), construímos com eles os sessenta e três indicadores utilizados na análise dos *sites*. A coordenação da “REDE PDTSP-TEIAS” considerou que fizemos uma “Translação do Conhecimento”, pois valorizamos as contribuições dos moradores que participaram da construção da ferramenta utilizada durante a avaliação (Clavier et al., 2011 e Mantoura et al., 2007). Um dos exemplos nesse sentido foi a participação do senhor Ary. Quando conversávamos sobre o critério abrangência ele sugeriu que incluíssemos como indicador o local onde os exames diagnósticos e o tratamento da dengue são realizados. Graças a sua intervenção passou a constar o seguinte indicador: “Tem informação sobre onde fazer o diagnóstico/tratamento?”.

Resultados e próximos passos

O resultado final foi o seguinte:

<i>Sites</i> sobre dengue avaliados	Tipos*	Critérios**					Média
		Técnico	Intera- tividade	Abran- gência	Legibi- lidade	Acurá- cia	
Combate à Dengue	P	49,1	88,0	66,6	70,2	53,6	65,5
Cria Saúde	P	48,9	77,5	72,8	68,2	48,6	63,2
Secretaria Est. Saúde do Rio de Janeiro	O	41,6	89,5	66,9	46,8	65,7	62,1
ABC da Saúde	P	48,0	76,5	72,2	47,4	47,9	58,4
Wikipédia	C	61,8	44,0	71,9	53,6	38,6	54,0
AJA Brasil	P	31,4	59,5	56,3	78,4	42,9	53,7
Secretaria Est. Saúde do Paraná	O	62,7	54,0	64,1	45,8	38,6	53,0

segue

* Foram avaliados nesta experiência três tipos de *sites*: de Organizações públicas (O), de Instituições privadas (P) e de Construção coletiva (C).

** Os resultados estão apresentados em percentuais de conformidade.

Sites sobre dengue avaliados	Tipos*	Critérios**					Média
		Técnico	Intera- tividade	Abran- gência	Legibi- lidade	Acurá- cia	
Ministério da Saúde	O	37,5	76,0	57,8	28,4	62,9	52,5
MD Saúde	P	29,1	70,0	69,4	53,2	36,4	51,6
Minha Vida	P	37,1	80,5	58,1	44,4	31,4	50,3
Dr. Dráuzio Varela	P	23,9	59,5	58,8	33,2	43,6	43,8
Secretaria Est. Saúde de Minas Gerais	O	28,6	67,5	56,1	42,8	20,7	43,6
Saúde em Movimento	P	29,3	65,5	60,0	41,2	16,4	42,5
Tua Saúde	P	39,8	65,5	49,1	40,6	15,0	42,0
Rede Dengue	P	48,2	61,0	36,9	29,2	24,3	39,9
Brasil Escola	P	29,8	70,0	44,4	31,8	17,9	38,8
G1 Globo	P	26,4	48,5	35,6	30,4	22,1	32,6
Secretaria Mun. Saúde de Recife	O	23,9	25,0	50,9	33,8	23,6	31,4
Sua Pesquisa	P	29,8	20,5	50,3	37,8	12,9	30,3
Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz	O	36,4	24,0	23,1	16,8	11,4	22,3

Resultado Final da Avaliação.

Fonte: (Pereira Neto & Paolucci, 2014).

Extraindo uma média de todos os critérios, podemos constatar que nenhum dos vinte *sites* avaliados alcançou pelo menos setenta por cento de conformidade. Três *sites* atingiram mais de sessenta por cento de conformidade: “Combate à Dengue”, “Cria Saúde” e o *site* da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES RJ).

O ponto forte do primeiro foi a legibilidade que atingiu 70,2% de conformidade. Nos critérios técnico (49,1%) e acurácia (53,6%), o “Combate à Dengue”, recebeu menores pontuações. Este é um aspecto importante neste trabalho: o *site* mais bem posicionado no *ranking* final foi o que obteve a média mais alta somando e dividindo as notas obtidas em cada critério. O “Cria Saúde” não se dedica exclusivamente à dengue. Nele podem ser encontradas páginas que abordam diferentes doenças, medicamentos e orientações nutricionais. Ele tem anúncios comerciais. Esta constatação nos permite concluir que informação em saúde pode ser um negócio lucrativo. O terceiro colocado foi o *site* da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Ele foi o que

obteve melhor índice de conformidade no critério acurácia (65%) entre todos os *sites* avaliados. Em outros critérios seu desempenho não foi o mesmo.

Em relação à legibilidade nos surpreendemos com os resultados obtidos pela página do Ministério da Saúde. Esperávamos que os *sites* governamentais tivessem mais cuidado com este aspecto fundamental da comunicação. Os resultados obtidos pelos *sites* “Rede Dengue” e o do “Instituto Oswaldo Cruz”, ambos vinculados à Fiocruz, revelam a isenção de conflitos de interesse deste trabalho.

Cada critério é composto por um número diferente de indicadores: perguntas pontuais que atendem a algum aspecto específico relacionado ao critério. Essas perguntas foram respondidas pelos usuários ou médicos ao avaliar os *sites* sobre dengue. No *site* do Laiss (<www.ensp.fiocruz.br/laiss>), é possível identificar os indicadores e observar os resultados gerais, dos profissionais, dos usuários no interior de cada critério.

Esses resultados são preocupantes se levarmos em consideração a centralidade que a internet desempenha na busca por informações em saúde no momento atual. Estes achados atestam a relevância e pertinência da realização de avaliações da qualidade da informação disponível em *sites* de saúde. Eles nos permitem também recomendar a inserção deste tema na agenda institucional da Fiocruz com vistas à concessão de um “Selo de Qualidade” à página *Web* ou *Site* que atingir altos índices de conformidade com os critérios e os indicadores utilizados. Essa proposta foi incluída, no final de 2014, no “Portfólio de Inovação” — uma iniciativa da Vice-Presidência de Produção e Inovação em Saúde (VPPIS) da Fiocruz, que divulga ideias e protótipos inovadores elaborados por pesquisadores da Fiocruz.

Ao final do processo registramos em filmes os depoimentos de alguns moradores sobre a avaliação. Regina Batista declarou: “Este trabalho de estar avaliando *sites* de saúde para a Fiocruz, para mim, foi o máximo”. Maria Helena de Souza prestou o seguinte depoimento:

O importante para mim nesta pesquisa de *site*, como moradora da comunidade, foi bom para o meu entendimento e crescimento. Eu posso dizer que hoje eu sou uma moradora com um diferencial, através dessa oportunidade que todos nós tivemos. Com toda a atenção dos instrutores, do professor André, nós fomos conhecendo cada tecla, cada palavra, palavras que não estávamos acostumados a usar em nosso dia a dia, então para mim, na minha profissão, para o que eu faço hoje, foi um benefício muito grande. E com humildade eu digo: Nós ainda estamos aprendendo e ainda temos muito que aprender.

Consideramos importante expandir o registro dessa iniciativa. Por essa razão organizamos uma publicação (livro) que apresenta detalhadamente esta primeira experiência do Laiss na avaliação da qualidade de *sites* de saúde (Pereira Neto & Paolucci, 2014). No *site* do Laiss podem ser encontrados todos os resultados.

Após a finalização da avaliação dos *sites* sobre dengue, o Laiss conduziu a avaliação dos *sites* de aleitamento materno — em parceria com o Instituto Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz e da tuberculose (com o Centro de Referência Professor Helio Fraga/Ensp/Fiocruz). Nessas iniciativas foi feito um esforço de aprimoramento das ferramentas e indicadores adotados para cada um desses temas. Atualmente, o Laiss busca parcerias internas ou externas, nacionais ou internacionais, com pesquisadores e instituições interessadas no fortalecimento dessa linha de investigação, enquanto prosseguimos trabalhando com o objetivo de tornar a ferramenta de avaliação mais robusta.

Referências

- Bicalho, R. & Oliveira, M. O processo dialógico de construção do conhecimento em fóruns de discussão. *Interface*, vol. 16, n.º 41, pp. 469-84, 2012.
- Braga, S.; França, A. & Nicolás, M. Os partidos políticos brasileiros e a internet: uma avaliação dos *websites* dos partidos políticos do Brasil. *Rev. Sociol. Polit.*, 2009, 17(34), p.183-208

- Chakur, C. R. S. L. Fundamentos da prática docente: por uma pedagogia ativa. *Paideia*, vol. 8, n.º 9, pp. 37-52, 1995.
- Eysenbach, G. et al. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the World Wide Web: a systematic review. *Jama*, vol. 287, n.º 20, pp. 2691-700, 2002.
- Ferreira, M. N. *Programas de transferência condicionada de renda e acesso aos serviços de saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ*. Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.
- Garbin, H. B.; Guilam, M. C. & Pereira Neto, A. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. *Physis*, vol. 22, n.º 1, pp. 347-63, 2012.
- Garbin, H. B.; Pereira Neto, A. & Guilam, M. C. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface*, vol. 12, n.º 26, pp. 579-88, 2008.
- Gohn, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, vol. 13, n.º 2, pp. 20-31, 2004.
- Lemos, C. “Inovação na era do conhecimento”. In: Lastres, H. & Albagli, S. (orgs.). *Informação e globalização na era do conhecimento*. Rio de Janeiro: Campus, 1999, pp. 122-44.
- Lemos, C. L. S.; Pereira, L. C. G.; Zambelli, J. C. & Caixeta, E. Análise das atividades de extensão no Centro Universitário em Goiás. *Revista Unimontes Científica*, vol. 12, pp. 45-51, 2011.
- Levy, P. *Cybercultura*. São Paulo: Editora 34, 2001.
- Lopes, I. L. *Critérios de qualidade para avaliação da informação em saúde na World Wide Web*. Brasília: UnB/ Departamento de Ciência da Informação e Documentação, 2008.
- Maynard, D. C. S. “Memórias do segundo dilúvio: uma introdução à história da internet”. In: Maynard, D. C. S. *Escritos sobre história e internet*. Rio de Janeiro: Multifoco, 2011, pp. 15-42.
- Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Rede dengue: inovação da abordagem e da gestão em pesquisa à saúde. *Rev. Saúde Pública*, vol. 44, n.º 6, pp. 1159-63, 2010.
- Pereira Neto, A. F. *Ser médico no Brasil. O presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- . Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). *Cad. Saúde Pública*, vol. 16, n.º 2, pp. 399-409, 2000.
- Pereira Neto, A. F. & Paolucci, R. Qualidade da informação em sites de

- dengue: análise de uma experiência inovadora*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2014.
- Schaeffer, F. A. Governando corpos e intimidades virtuais: indústrias de cibercasamentos entre os Estados Unidos e a América Latina. *Cad. Pagu*, vol. 44, pp. 115-40, 2015.
- Schraiber, L. *O médico e suas interfaces. A crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- Tripp, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ. Pesqui.*, vol. 31, n.º 3, pp. 443-66, dez. 2005.

CAPÍTULO 15
A AVALIAÇÃO DA REDE PDTSP-TEIAS:
CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE SOBRE
CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO
E DE PRODUTOS PARA O SUS

ANA CLÁUDIA FIGUEIRÓ
MARIA APARECIDA DOS SANTOS
JULIANA KABAD
MARLY MARQUES DA CRUZ
ZULMIRA HARTZ

o0o

[. . .] desde o início, considerações técnicas, científicas, sociais, econômicas, políticas são enredados em um todo orgânico. No entanto, esta distinção nunca é tão clara. Essa heterogeneidade e complexidade não são introduzidas progressivamente ao longo do caminho, mas, estão presentes desde o início e se entrelaçam permanentemente em uma rede.

— CALLON (1986).

O CAPÍTULO APRESENTA O ESTUDO desenvolvido para avaliação da Rede PDTSP-Teias, sub-rede associada ao Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP) em articulação com o Programa Território Escola Manguinhos-Teias Escola Manguinhos. O estudo teve por objetivo avaliar a Rede PDTSP-Teias quanto à implementação do modo de gestão do programa como Rede sociotécnica, à produção de inovação e ao modo de compartilhamento dos

produtos dos projetos de pesquisa financiados no âmbito do programa e foi conduzido segundo o referencial da Teoria do Ator-Rede (TAR), discutindo em sua análise os atuantes “Redes” e “Inovação”.

A pesquisa avaliativa possui inúmeros caminhos teórico-metodológicos para atingir seu objetivo (Hartz et. al., 2008) e a condução da avaliação foi singularizada pela participação efetiva dos interessados no programa e na sua avaliação, e aberta à troca de informações que favorecesse os usos dos resultados do estudo como apoio à gestão do programa. Buscou-se, assim, criar condições aos gestores, pesquisadores, consultores e outros interessados, para reflexão sobre os caminhos da pesquisa, da intervenção e reavaliando suas ações no processo.

A abordagem metodológica facilitou a emergência das controvérsias e articulação do aprendizado, possível de ser transformador. Para Caracelli (2000), o papel do avaliador pode ser considerado como de “coinvestigador” ou ainda pensado como “coprodutor do conhecimento” e foi nesse sentido que a pesquisa avaliativa decorreu, permitindo uma investigação a partir da perspectiva construtivista da avaliação (Hartz, 2008; Cicarelli, 2000; rossman, 2000; Preskill & Torres, 2000). Esta proposição evocou o diálogo reflexivo e colocou os envolvidos no programa como coaprendizes e corresponsáveis pelo processo e efeitos da pesquisa (Bourdieu & Wacquant, 1992).

Alinhado a essa proposta e complementando-a, a abordagem teórica da TAR possibilitou, no encontro com as noções de “Rede” e “Inovação”, seguir seu rastro como um ator não pacificado, mas atuante (ou actante), intranquilo, aquele que “faz fazer”, produtor de debates, encontros e desencontros, pontes e transformações, produtor de realidades, por vezes, inovadoras (Latour, 2012; Law, 2004; Cressman, 2009).

O texto propõe-se a seguir esses atuantes na rede socio-técnica do PDTSP-Teias em sua conformação como Rede. Refere-se às circunstâncias em que a pesquisa avaliativa foi demandada e, a partir do seu desenvolvimento, de que maneira evidenciaram-se os termos “Rede” e “Inovação” como noções-

-chave. No caso do atuante “Rede”, encontrando fios, laços, nós e controvérsias que sustentaram e fizeram atuar aprendizado e criação mútuos. Para “Inovação”, seguindo seu rastro numa linha do tempo, elaborada pela análise de documentos que influenciaram o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCT&I), Ministério da Saúde (MS) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Discute, a seguir, como o tema foi apresentado e debatido com os participantes da rede sociotécnica e os desdobramentos na expressão dos resultados esperados dos projetos financiados. Por fim, os efeitos desta experiência de avaliação no âmbito do Programa.

Entre laços, nós e Redes

Redes, uma noção utilizada e conceituada por diferentes campos do conhecimento científico e das práticas gerenciais nas esferas pública e privada, encontra unidade de seu significado na ideia de conexão e aproximação de pontos distintos. Em uma perspectiva humanista, essa aproximação permite a construção de vínculos e relações entre pessoas e/ou ideias, e/ou consensos e objetivos comuns (Martelete & Silva, 2004; Martelete, 2007). Primeiramente utilizado nas ciências exatas, a noção de trocas e fluxos de informações e processos passou a sintetizar a proposta de redes. O sucesso de sua aplicação no desenvolvimento tecnológico permitiu sua transposição conceitual para as várias áreas, em especial nas últimas três décadas, de modo a serem utilizadas para compreender o funcionamento as relações sociais como um todo (Castells & Cardoso, 2006).

Experiências nacionais e internacionais têm demonstrado que atuar no campo da gestão e da pesquisa em saúde pública no formato de redes pode propiciar inovações e novas relações entre diferentes instâncias públicas e privadas entre gestão, pesquisa, organização de serviços de saúde e educação e sociedade civil (Opas, 2009; Fleury, 2005; Fleury & Ouverney, 2007). No Brasil, os níveis de atenção à saúde têm funcionado em redes,

possibilitando a associação entre diferentes níveis, instituições, grupos e territórios (Mendes, 2011).

A Gestão de Redes privilegia uma dinâmica flexível com foco nos resultados e não na estrutura organizacional, e com uso ostensivo de tecnologias de comunicação na sua execução. Este formato desafia constantemente os modelos tradicionais de gestão fundadas na burocratização e hierarquização dos processos e das decisões (Fleury, 2005; Tureta, Rosa & Santos, 2006). Compreende-se, em linhas gerais, que a noção de *gestão em redes* caracteriza-se por relações e vínculos organizados pela horizontalidade e a interdependência entre seus partícipes, distinguindo-se dos modelos clássicos de gestão de políticas públicas.

A Rede PDTSP-Teias inseriu-se no escopo do Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP), vinculado à Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência da Fiocruz (VPPLR/Fiocruz). O programa foi implantado em 2001 e reestruturado no biênio 2009-2010, com a inclusão de ações associadas ao Programa Território Escola Manguinhos (Teias-Manguinhos), sendo denominada Rede PDTSP-Teias, em consonância com a política pelo Governo Federal, em 2009, intitulada “Redes Regionalizadas e Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias)”. Esta visava inserir a noção de *territorialização* no entendimento das condições de vida de determinada população e nas estratégias de intervenção em saúde pública.

A reestruturação do programa nos anos 2009-2010 com a proposta de gestão como rede objetivou implementar um processo de trabalho capaz de articular pesquisas que produzissem impactos no SUS. Em 2014 o PDTSP se reconfigura em Eixo de Políticas Públicas e Modelos de Atenção (PMA).

A avaliação da gestão da Rede PDTSP-Teias, realizada no período de junho de 2013 a dezembro de 2014 buscou compreender o contexto, os fatores desencadeantes dos processos, os interesses e mobilizações dos atores envolvidos e as ações concretizadas. Aborda a Rede PDTSP-Teias pela perspectiva da TAR, como uma *rede sociotécnica*, formada por atuantes humanos e

não humanos movidos e mobilizados por valores e interesses interdependentes, interações e mediações. Nesse percurso, procurou conduzir a análise a respeito dos aspectos facilitadores, limitadores e os desafios para a gestão de redes de pesquisa, por meio de métodos qualitativos de investigação (Minayo, 2006).

Tomando-se a Rede estudada como um sistema de ação complexo, com múltiplos e variáveis fatores de interesses, atores, interações e consequências, a avaliação da *rede sociotécnica* (Figueiró et al., 2011) considerou as seguintes categorias em sua análise: *lugar e tempo* (contexto e processo de surgimento, organização e realização da Rede PDTSP-Teias), *inscrições e fontes de evidências* (documentos técnicos, relatórios e evidências de intuítos, estratégias, metas e ações); *atores/atuentes, seus interesses e interações* (percepções, atuações e posicionamento dos atores envolvidos e outros atuantes, e processos); *mediação* (acontecimentos entre propósitos e realizações); e *consequências* (aspectos desencadeados pelos eventos constituintes da rede e da avaliação). Os principais achados do estudo quanto às características e dinâmica da gestão da Rede PDTSP-Teias, visando compreender seu funcionamento, controvérsias e potencialidades são apresentados a seguir.

A CONSTITUIÇÃO DA REDE SOCIOTÉCNICA: EXPANSÃO, CONTROVÉRSIAS, RETRAÇÃO

Em seus primeiros movimentos a Rede PDTSP-Teias constituiu-se a partir de uma chamada aberta de projetos, lançada pela VPPLR. Sem explicitar o que se esperava como produtos dos projetos, trazia a expectativa de que os pesquisadores conformassem suas pesquisas aos interesses gerais das pactuações estabelecidas entre a Fiocruz, o Programa Teias e os gestores estadual e municipal das secretarias de saúde. Foram apresentados e selecionados 34 projetos, dos quais 14 fizeram parte da Rede.

O propósito da coordenação do programa ao dispor-se a implementar uma gestão em rede era favorecer, na articulação dos projetos de pesquisas e seus pesquisadores, a identificação de potenciais semelhanças, interações e produtos. Esperava-se

que a rede estimulasse a integração de competências para geração e difusão de conhecimentos em maior tempo e abrangência, desenvolvessem relações de confiança entre os atores e as organizações e que não fosse apenas colaborativa, mas principalmente dinâmica. Além disso, que favorecesse o uso racional dos recursos financeiros, e a pactuação coletiva das decisões entre os parceiros, almejando que “na medida em que as pessoas fossem conversando sobre as próprias pesquisas fossem modificando suas pesquisas” (ENT 1). Contudo, as propostas apresentadas estavam mais alinhadas aos interesses e objetos de pesquisa dos pesquisadores do que ao que seria o propósito da Rede PDTSP-Teias.

Como outra expectativa da gestão em rede, para a instituição de processos e decisões coletivizados e maximizados no âmbito da coordenação constituiu-se um comitê gestor voltado para elaboração e aprovação das decisões e ações do programa, envolvendo atores de vários segmentos sociais. Esperava a participação desde a Presidência da Fiocruz, ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, representantes da Secretaria Municipal de Saúde e pesquisadores reconhecidos por suas produções científicas sobre o território — tendo em vista que a população-alvo das ações das pesquisas da Rede direcionava-se especificamente ao Território de Manguinhos.¹

Esse primeiro propósito de atuação como rede sociotécnica, mobilizando e envolvendo atores de vários segmentos, outras redes, não se cumpriu como previsto, com o comitê atuando mais como comitê consultor do que como gestor. O resultado pode ser compreendido devido, em parte, à ausência ou pouco envolvimento de alguns componentes. Além disso, houve igualmente desestímulo dos pesquisadores, o que ocasionou na evasão de mais de 50% das pesquisas. Conforme os gestores, parte dos pesquisadores saiu por conta própria por não se interessa-

1 O território de Manguinhos compreende um município do Rio de Janeiro que concentra inúmeros conjuntos de favelas e apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,726 (IBGE, 2010), um dos piores da cidade, ranqueado em 122.º lugar dos 126 bairros, além de ser marcado pela violência intenso tráfico de drogas.

rem pelo propósito da Rede e outros foram retirados por falta de participação nas reuniões.

Apesar desse limite, compreendendo a dinâmica de construção de redes sociotécnicas em seu movimento de expansão e retração (Cressman, 2009; Moll, 2010), o comitê permitiu articulações de propostas e ações que foram significativas para os resultados do programa, atuando como um espaço de mediação de interesses, conflitos, atribuições e esferas institucionais entre a gestão, os serviços de saúde e as pesquisas. Favoreceu, ainda, uma participação mais coesa dos pesquisadores que permaneceram na Rede, mesmo considerando as diferenças e disputas entre pesquisadores e grupos.

Entre as ações realizadas pelo comitê apontam-se: *a*) a participação na seleção de propostas; *b*) a definição quanto ao resultado esperado dos projetos-produtos inovadores para o SUS; *c*) a metodologia do trabalho, que deveria ter por base o conceito de Redes Sociais, executado em colaboração com a Diretoria de Planejamento Estratégico da Fiocruz (Diplan). O conceito de Redes Sociais (Morel et al., 2009) orientou a identificação dos temas comuns entre pesquisadores e contribuiu para a formação dos grupos de trabalho. “Rede” aqui atuava como sinônimo de relações construídas por atores que compartilham interesses em comum na Rede PDTSP-Teias.

A dinâmica de funcionamento da Rede PDTSP-Teias compreendia reuniões periódicas com os pesquisadores nas quais eram tratados temas como: desenvolvimento das atividades das pesquisas, encaminhamento das demandas de modo pactuado entre os participantes, definição de novas metas e atividades por projeto e por grupo. Os projetos eram avaliados pela gestão a partir de instrumentos usados para sistematizar o trabalho e orientar a tomada de decisões. Com base nos encontros e avaliações a Rede organizou-se em grupos de trabalho (GT), por equipes de pesquisadores cujos projetos dirigiam-se a temas semelhantes. Pretendia-se, com isso, que os grupos de pesquisa atuassem de modo colaborativo, redefinindo questões, objetos e ações de cada projeto em consonância com os propósitos da Rede.

Organizaram-se inicialmente seis grupos sendo posteriormente reestruturado e permanecendo quatro grupos: ambiente e saúde, participação social, pesquisa de campo e atenção à saúde.

Diferentes motivações de aproximação dos gestores e pesquisadores na Rede se fizeram presentes. Alguns porque já trabalhavam com o território de Manguinhos, outros porque tinham interesse em participar em projetos institucionais da Fiocruz, e outros, ainda, porque foram convidados a participar da rede por serem considerados estratégicos no processo do trabalho.

Na dinâmica de construção e manutenção de redes sociotécnicas, observou-se o movimento de retração da rede em função da não presença e/ou participação de alguns grupos de pesquisa nas atividades coletivas, ou mesmo da não identificação ou adequação à proposta da Rede.

AÇÕES E INTERAÇÕES NO ÂMBITO DA REDE

Uma primeira consequência das ações e interações da rede foi a decisão de alterar a proposta inicial de elaboração de um único produto integrado entre todas as pesquisas. Constatou-se a dificuldade de alinhar os interesses de pesquisa e metodologias de trabalho dos pesquisadores como previsto inicialmente, mesmo com a adoção dos grupos de trabalho. Decidiu-se coletivamente, então, pela elaboração por cada pesquisa de um produto aplicável ao SUS ou ao território, resguardando seu potencial acadêmico. Ainda que todos os pesquisadores tenham-se comprometido, até mesmo com assinatura de um termo de compromisso, nem todos os produtos foram realizados ou entregues conforme o acordo firmado.

Um dos aspectos não contemplados na elaboração dos produtos das pesquisas referiu-se à sua utilidade, uma vez que a maior parte deles não refletia necessidades concretas do SUS ou do território estudado. Esta era uma dificuldade partilhada com os próprios gestores do município, que também tinham dificuldade para demandar temas de pesquisa. Na opinião de um dos informantes do estudo, os gestores dos serviços não param para pensar sobre os seus problemas e nem os pesquisadores pergun-

tam aos gestores sobre suas demandas; reflexo tanto de uma cultura de produção do conhecimento que se distancia de necessidades sociais quanto do desenvolvimento de uma gestão de políticas públicas pouco reflexiva e avaliativa.

Essa distância entre o mundo acadêmico e o da gestão de políticas ocasionou uma incongruência entre os objetivos da Rede e sua efetiva possibilidade de colaboração:

Teria que ter combinado com os gestores antes, gestores do SUS. [. . .] se você vai pensar em uma aplicabilidade de um conhecimento para o SUS de fato, se isso faz parte de uma demanda do SUS. [. . .]. Então não teve essa conversa *a priori*, o que tem que ser entregue, o que que tem que responder esses produtos [. . .]. Esse foi um erro muito forte desde o início (ENT 1).

Esse distanciamento também se reflete na relação entre pesquisadores e grupos sociais dos territórios estudados. De acordo com um dos integrantes do conselho gestor, “o pesquisador quer ir a campo coletar tudo” (ENT 2), sem considerar que o território já está sobrecarregado e desinteressado das pesquisas científicas, por não identificar retornos concretos às suas realidades de vida. Salienta que não adianta os esforços da gestão funcionar em rede se não há o momento de integração com a população, tendo em vista que “são as pesquisas que fragmentam o problema, a população pensa e vê a realidade de forma integrada” (ENT 2).

Como desdobramento dos processos implementados pela rede nos anos de 2010 e 2011, o ano seguinte correspondeu, além da continuidade e finalização das pesquisas, a um processo de reorganização interna, com a modificação dos grupos de trabalho, a inserção das demandas por produtos e a produção de relatórios parciais. Os relatórios finais foram produzidos e entregues nos anos de 2013 e 2014.

CONTROVÉRSIAS E SOLUÇÕES NA REDE SOCIOTÉCNICA:
A POSIÇÃO DOS ATORES E AS MEDIAÇÕES

Pontos fortes de uma rede são considerados essenciais para a mobilização de interesses e ações (Latour, 2012). Interessou-nos conhecer os eventos da Rede que tiveram o poder de aglomerar interesses, inscrições, acordos, disputas e ações, que são expressas por controvérsias significativas existentes ao longo da rede sociotécnica.

No desenvolvimento da pesquisa avaliativa, seguindo os atuantes e movimentos da rede, três controvérsias centrais puderam ser observadas, com desdobramentos no avanço da gestão da Rede PDTSP-Teias.

A primeira referiu-se ao distanciamento entre pesquisadores, grupos de pesquisa e projetos de pesquisa com temas afins. Alguns interlocutores atribuíram tal distância à dificuldade de alguns pesquisadores em realizar as parcerias. Outros atribuem ao alto nível de competitividade entre pesquisadores que possuem temas afins. Há quem atribua a uma dificuldade na cultura de colaboração científica de construir pontes com iniciativas que não necessariamente façam parte de sua rede social prévia de articulação. A controvérsia acompanhou toda a Rede e algumas mediações foram realizadas, como a constituição dos grupos de trabalho visando à integração, como referido anteriormente.

Apesar dos limites, aspectos positivos resultaram dessa mediação segundo alguns informantes: os projetos apontaram para um redirecionamento dos propósitos das pesquisas, possibilitando aproximações entre pesquisadores com temas e questões similares, também um aprendizado de trabalho coletivo para os mais habituados a trabalhos individuais ou fechados em seus grupos de pesquisa — experiências mais presentes nos GTs de ambiente e saúde e participação social. Conforme uma informante, “a quantidade de trabalho que todo mundo tem é enorme, mas quem de fato tinha interesse na pesquisa ficou” (ENT 3), demonstrando que por parte dos pesquisadores o fator de identificação e interesse com o processo de trabalho teve peso

importante, talvez maior do que o aspecto do financiamento dos projetos.

Por outro lado, do ponto de vista de uma pesquisadora “[foi] feito parcerias com quem já tinha afinidade antes da rede, mas muitos chegaram com suas propostas fechadas” (ENT 4), o que dificultou a integração com quem não realizava tal prática de aproximação. Desse modo, a utilização do referencial de Rede Social não foi suficiente para manter o senso de unidade e cooperação entre os pesquisadores, seguindo-se com a manutenção dos grupos que obtiveram êxito.

Considerando que os recursos financeiros foram limitados e não atendiam a todas as necessidades das pesquisas, configurando-se em um dos motivos de desmobilização dos atores na rede, o interesse na manutenção de determinados projetos pela gestão do programa decorreu, além do critério de relevância para a Rede, pela participação nas reuniões mensais e integração dos GTs. Pode-se identificar, assim, a estratégia de formação dos grupos de trabalho como uma mediação importante, configurando espaços de resolução de conflitos e busca por consensos, tanto na implementação do processo de gestão, quanto do desenvolvimento e elaboração dos produtos pelos grupos de pesquisa. O GT com menor coesão foi o de atenção à saúde, já o de pesquisa de campo compreendia somente os componentes de uma única pesquisa, a do Inquérito Populacional de Manguinhos.

A segunda controvérsia referiu-se às etapas de coleta de dados das pesquisas que desde o início da Rede geravam tensionamentos. O interesse em informações socioeconômicas, demográficas e de condições de vida gerais da população em várias pesquisas levou à proposição do Inquérito Populacional, como uma pesquisa encomendada pela gestão a um dos pesquisadores que compuseram a Rede.

O Inquérito propôs-se a compatibilizar os interesses por dados produzidos em campo entre as pesquisas com os dados das equipes de saúde, além de produzir informações desconhecidas sobre as condições de vida em Manguinhos, não disponíveis por outras pesquisas populacionais de abrangência nacional.

Grande parte das pesquisas utilizou os dados produzidos no inquérito, que também contribuiu para a produção de informações para gestão da saúde local. Ainda, permitiu em sua metodologia a participação de moradores do território como parte da equipe de trabalho de campo.

Impactos importantes foram gerados pela pesquisa, como o processo de trabalho, a construção de um *software* próprio para tratamento das informações e dos resultados apresentados. Porém, trouxe tensões com outros grupos, pois dispôs dos recursos financeiros necessários para a realização do trabalho, ao passo que outras pesquisas encontraram dificuldades na pactuação dos recursos com a gestão. Além disso, houve atraso dos dados da pesquisa em função de intervenções públicas no território e problemas na sociabilidade, o que também ocasionou atrasos nos cronogramas das demais pesquisas.²

Apesar das tensões e dos atrasos, resultou em uma pesquisa considerada inovadora pelos pesquisadores que a conduziram e a gestão, devido à abrangência, metodologia, processo de trabalho e incorporação dos resultados, sendo a primeira vez que se realizou esse tipo de inquérito no Território de Manguinhos.

A terceira controvérsia será tratada a seguir como um atuante específico e diz respeito à compreensão das noções e conceitos de inovação e produto em saúde pública. Essa controvérsia perpassa toda a Rede e em todo o seu período de vigência, por se tratar de um programa que se pretendia inovador e gerador de produtos aplicáveis ao SUS e ao território. Ao longo da Rede persistiu uma indefinição a respeito de produtos que produzissem impactos e que fossem inovadores. Alguns pesquisadores, com experiências anteriores em pesquisa participativa e aplicada, alcançaram a proposição de produtos que comunicariam a concepção e os resultados diretamente com o público-alvo da

2 O tema da “violência” do território surgiu em todos os discursos dos interlocutores, que nesse caso se traduz nos conflitos armados entre facções criminosas instaladas no território com forças policiais em um contexto de implantação da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP) em Manguinhos. Foi retratado por todos como um entrave para a realização das pesquisas de campo e que ocasionou atrasos nos calendários dos projetos e consequentemente na conclusão da Rede.

pesquisa, tais como cartilhas, vídeos e jogos, ou seja, que se aproximaram mais do propósito inicial da Rede por estarem mais habituados com as pesquisas intervencionais. Esta controvérsia será apresentada e aprofundada mais adiante por ter-se traduzido em importante aprendizado para os processos seguintes no âmbito do Eixo PMA.

ASPECTOS POSITIVOS E OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE REDES DE PESQUISA

O desenvolvimento da pesquisa avaliativa numa abordagem participativa permitiu identificar as diferentes traduções e significados em torno da noção de redes pelos envolvidos no programa. Aproximações entre a proposta do programa com os princípios norteadores da gestão em redes foram verificadas conforme exposto pela bibliografia consultada, no sentido de que esse próprio modelo de gestão é considerado inovador e necessário aos desafios atuais no campo da saúde pública.

Elementos positivos, negativos e desafios apontados pelos autores consultados devem ser considerados ao pretender-se uma *avaliação* da gestão. Como pontos positivos assinalam: pluralidade dos partícipes, horizontalidade nas decisões, capilaridade das redes de relações, enfoque no consenso e na busca por resultados. Como pontos negativos e possíveis limitações do modelo referem: problemas na prestação de contas, no processo de geração de consensos, efetividade e eficácia comprometida por falta de um controle das metas e das práticas executadas. Sobre os desafios permanentes: articular a gestão com o contexto de globalização, os desafios da efetividade da democracia e da qualidade das políticas públicas, para além das práticas horizontais entre os atores (Fleury & Ouverney, 2007).

Tomando os achados da pesquisa avaliativa, do ponto de vista da gestão sugere-se o alcance na criação de uma rede colaborativa e inovadora, apesar das limitações anteriormente mencionadas e problemas em sua execução. Quanto aos pesquisadores, concordam que a rede permaneceu, apesar das muitas dificuldades, em função da persistência e determinação dos gestores. Essa

expressão aponta para os modos de sustentabilidade da rede, baseados não na premissa de participarem de um programa institucional bem estruturado, mas nos laços construídos, incluindo os afetivos. Além desse aspecto, foi ressaltada a proposta de se trabalhar em rede e em articulação com diferentes dimensões que não somente o universo acadêmico.

Quanto aos limites e dificuldades para o desenvolvimento do modelo de gestão pretendido, parte dessas pode ser creditada à falta de experiência prévia dos coordenadores, mas que ainda assim permitiu ir-se construindo na medida da sua existência, como um *working in progress*:

[. . .] nós nunca pensamos que estávamos inovando, não sabia nada de redes de pesquisa. Faço levantamento de necessidades, mas tinha que ter uma pessoa da comunicação para fazer o alinhavo e para fazer o mediador, como um animador da torcida (ENT 3).

Para a gestão, os limites encontrados na implementação da rede foram maiores que os pontos positivos. Os problemas identificados a seguir permitem apontar para as condições de não realização do modo gestão de pesquisas em rede como pretendido: *i)* pequena equipe para a gestão do programa tendo em vista sua amplitude; *ii)* limitações da instituição, especialmente para a articulação entre os diferentes setores da gestão; *iii)* falta de apoio institucional para a realização da proposta, muitas vezes mal compreendida por instâncias superiores; *iv)* instabilidade na programação orçamentária e no financiamento dos projetos; *v)* desmotivação na participação dos pesquisadores; *vi)* propostas de pesquisas pouco inovadoras para o campo da saúde; e *vii)* o abandono do propósito de um único produto para o território.

Na perspectiva dos pesquisadores, observam-se compreensões distintas à dos gestores quanto os fatores necessários à gestão de redes do programa, muitas vezes contrárias entre si. Especialmente dois interlocutores não reconheceram que a gestão funcionou em rede, apesar da intenção inicial. Cabe notar

que possuem percepções semelhantes sobre a rede, mesmo que ocupem posições equidistantes de beneficiamento na própria rede, ou seja, por razões distintas concordam com a mesma avaliação: um por possuir total autonomia do seu trabalho independente das orientações da gestão e outro por considerar que não foi valorizado e atendido em suas demandas. Para outros pesquisadores, a rede teve êxito no cumprimento dos seus propósitos apesar das limitações e dificuldades apontadas:

Não é falando em rede que vai se fazer uma rede. Cada um está no seu gueto e o espaço não se abre. Não se cria conexão numa tarde a cada mês. Ou se coloca as pessoas em um *workshop* juntas para brigar nem que seja por três dias ou para construir conexões (ENT 6).

Os problemas apontados pelos pesquisadores no decorrer do desenvolvimento dessa rede foram sintetizados a partir de alguns aspectos. O primeiro refere-se à indefinição do que se tratava por Rede e a dificuldade em dimensionar a sustentação e sustentabilidade do programa, além do pouco esclarecimento sobre a metodologia de trabalho. Na visão de um grupo de pesquisa entrevistado, o modelo de Redes Sociais pode ser interessante na teoria, mas não obteve êxito para esse tipo de rede, pois não se tratava de uma rede direcionada para temas mais significantes para o território. Conforme um dos coordenadores a expectativa era de que a rede “levasse essas informações [das pesquisas] para os moradores, fizessem o retorno para a população, em articulação com as escolas” (ENT 5).

A alocação dos recursos para o financiamento das pesquisas foi outro ponto, com desacordos quanto ao financiamento dos projetos por valores diferenciados e aos critérios pouco claros na decisão da aplicação dos recursos. A percepção dos pesquisadores sobre a gestão dos recursos variou de acordo como nível de beneficiamento que os projetos obtiveram. Na percepção dos gestores, os recursos foram distribuídos mediante comprovação da utilização do recurso solicitado e a percepção da

importância dos resultados da pesquisa para a rede como um todo. Desse modo julgavam as pesquisas mais ou menos aptas a receberem o financiamento solicitado, o que por vezes gerou conflito com os pesquisadores.

O terceiro ponto refere-se à organização dos trabalhos de equipe, incluindo grupos e conteúdos. Mais uma vez apontou-se o privilégio de alguns projetos em detrimento de outros tanto para o financiamento quanto para os prazos de execução das ações, além das mudanças repentinas nas decisões sobre a condução dos trabalhos coletivos e a ausência de uma gerência de projetos para apoiar o desenvolvimento das pesquisas. Mas as dificuldades de organização partiam, também, dos grupos de pesquisa em gerenciar os seus próprios projetos: “a gente tem que ter gerente de projetos, RH, gestão, tem que ter condições de conhecimento para desenvolver redes, assim não dá para fazer pesquisa. Ou faz uma coisa ou outra direito” (ENT 6).

Ressalta-se a maior participação nos encontros e GTs dos pesquisadores recém-chegados à Instituição, o que indica maior interesse do novo pesquisador em se inserir no ambiente institucional e estar aberto às novas experiências de articulação — fato que encontra maior resistência nos pesquisadores considerados renomados e de maior tradição na Fiocruz.

A ausência de participação da população do território na concepção dos projetos de pesquisa e em seu acompanhamento foi outro aspecto importante, considerando os resultados esperados dos projetos. Como será tratado adiante, processos de inovação requerem o envolvimento dos potenciais usuários dos produtos, conforme apontado como um aspecto de frustração de uma pesquisadora:

Na realidade do PDSTP-Teias, o nosso grupo se frustrou um pouco. . . E na realidade a decepção não foi com o PDTSP propriamente dito, mas de ver que é quase impossível, quando junta pesquisador, você delinear uma trajetória e uma linha que é comum a todos. Foi se transformando e eu acho que acabou se perdendo o que tinha de

bom de intenção do programa que era construir um projeto institucional para Manguinhos, que não foi possível (ENT 4).

O que se observou no processo de trabalho é que nem sempre as decisões foram coletivizadas e pactuadas, tanto por incompatibilidade desse modo de gerir com a gestão institucional ainda verticalizada, quanto pelas percepções e avaliação dos gestores a respeito das pesquisas. Pode-se identificar que parte das decisões da gestão foi debatida coletivamente, em especial quanto à integração de temas e os tipos de produtos das pesquisas. De fato, as decisões dos gestores conduziram-se tanto por fatores objetivos (instrumentos avaliativos que indicavam participação, uso dos recursos, cumprimentos dos prazos e metas, entre outros fatores), quanto subjetivos (preferência por determinadas pesquisas e pesquisadores na definição de suas pertinências) — aspectos salientados tanto pelos gestores quanto por pesquisadores.

Nas reflexões sobre os achados da pesquisa avaliativa a partir das percepções dos pesquisadores, evidenciou-se que o processo de produção do conhecimento e as articulações entre gestão e pesquisadores para a realização das pesquisas ressentiu-se de um aspecto importante na gestão da Rede PDTSP-Teias: a gestão do conhecimento. Na prática, houve iniciativas que levaram a propostas de gerir o conhecimento, com controle dos dados e produção das pesquisas, que foram organizadas pelos Grupos de Trabalho, porém, sem um modelo teórico que servisse como uma matriz que integrasse essas práticas em metodologias apropriadas de gestão.

Um modelo de gestão em rede, pela sua complexidade, careceria na sua proposição e implementação de um parâmetro conceitual que não retratasse apenas a metodologia de trabalho, mas que expressasse, também, uma definição clara sobre quais os princípios e o que se pretende alcançar com tal modelo. Neste cenário, a pesquisa avaliativa reconhece como pontos positivos da Rede: integração e parceria entre pesquisadores que muitas vezes trabalhavam de maneira separada e competitiva; formação

de uma equipe de gestão consistente que pensaram de maneira integrada em soluções aos problemas apresentados pela rede; maior tempo de dedicação dos pesquisadores para a realização das pesquisas (em um total de quatro anos), fatores que em conjunto facilitou a previsão de realização de produtos aplicáveis ao Território.

Ficou latente a crença e o interesse de que o trabalho da rede era importante e precisaria tornar-se visível diante das demais iniciativas no âmbito da Fiocruz, motivação para realização dessa pesquisa avaliativa. Tendo em vista a tradição da cultura institucional da Fiocruz, a Rede PDTSP-Teias é mencionada por muitos interlocutores como uma experiência inovadora de gestão por ter tido a preocupação de reunir diferentes propostas de pesquisa em articulação com os serviços e o território, ainda que com os limites de como propiciar tal articulação de maneira exitosa nesse tipo de gestão.

O caminho do atuante Inovação na avaliação da Rede PDTSP-Teias

Como primeiro desdobramento da avaliação conduzida, a partir de análise documental com inspiração na TAR (Latour, 2012; Law, 2004), identificou-se “inovação” como um atuante a ser rastreado, pois aparecia nos documentos do programa e nos projetos como um conceito naturalizado, de conhecimento tácito, uma vez que não estava explícita a definição. O questionamento inicial foi: do que trata o termo *inovação* e de que inovação se trata no programa? Todos compreendem o significado do termo *inovação* em saúde pública? Compreendem do mesmo modo? Como e quando a Fiocruz incorporou tal termo às suas discussões e orientações para pesquisa?

Assim, buscou-se identificar e discutir a noção de “inovação” nos diversos contextos: no Programa PDTSP-Teias, nos documentos disponíveis (Edital de Convocação, Cartas de Intenção e Projetos aprovados); a evolução da apreensão e uso do termo no tempo, segundo documentos do MCT&I, MS, Fiocruz; na

Fiocruz, a partir das definições e expectativas sobre inovação de produtos e processos, com foco na Saúde Pública; e a interface da noção de inovação e sua evolução à luz dos documentos analisados e o entendimento entre gestores e pesquisadores.

A análise dos documentos do PDTSP (Projeto Rede PDTSP-Teias, Edital de Convocação, Cartas de Intenção e Projetos Aprovados) evidenciou que o tema “inovação” era determinante para os propósitos do programa; não esclarecia, entretanto, o quê se esperava dos projetos e produtos como “inovação em saúde pública”. Em áreas da indústria farmacêutica, insumos e incrementos como vacinas, os conceitos de produto inovador, inovação tecnológica, processo e gestão inovadora estão bem assimilados. O mesmo, porém, não se pode dizer da área da saúde pública, onde seu uso é mais recente e não estava claro, especialmente quanto aos seus produtos esperados.

Diante dessa constatação, uma primeira controvérsia percebida referiu-se ao edital de chamada dos projetos para compor a Rede do PDTSP-Teias, quando apresentava interesse em inovação tecnológica e a definia como sendo “transformação de ideias em produtos, processos e abordagens tecnologicamente novos ou significativamente aprimorados, visando soluções para os problemas no atendimento às necessidades de saúde da população brasileira”.³

Embora constituída de pesquisadores experientes, considerou-se que ficaram dúvidas quanto ao que exatamente era esperado segundo o edital, quanto aos projetos e produtos inovadores como resultado do financiamento do programa. Fez-se, então, necessário conferir os conceitos sobre inovação em uma linha do tempo, buscando encontrar se e como este (não) entendimento havia-se constituído e seu desdobramento.

Seguindo o atuante “inovação” na linha do tempo, evidenciou-se que o termo se consolidou no *Manual de Oslo*, desenvolvido conjuntamente pelo Eurostat e a Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) e compõe uma série

3 Fiocruz/Chamada PDTSP-Teias, 2010.

de três manuais dedicados à mensuração e interpretação de dados relacionados à ciência, tecnologia e inovação (1992, 1997 e 2005). Como conceito de inovação tecnológica tem-se que “Inovações tecnológicas de produto e de processo (TPP) compreendem a implementação de produtos e de processos tecnologicamente novos e à realização de melhoramentos tecnológicos significativos em produtos e processos”.⁴

Por ocasião da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em 2000, o tema Inovação e Produção foi incluído entre as dez “marcas” do Governo Federal. Esta inscrição passou a fazer parte do MCT&I, bem como dos fóruns institucionais indutores de pesquisas, bases para elaboração de políticas públicas, como o MS e a Fiocruz.

Em 2002, o MS fortaleceu a ideia da necessidade de inovação também no campo da saúde, contemplada no documento Política Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia em Saúde. Nesse compasso, no mesmo ano, a Fiocruz lançou o Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública (PDTSP) e indicou como missão “Apoiar a inovação tecnológica no campo da saúde pública, definida como a transformação de ideias em produtos, processos e abordagens tecnologicamente novos ou significativamente aprimorados, visando soluções para as necessidades de saúde da população brasileira”.⁵ Este momento caracteriza-se como elemento importante ao projeto de produção de conhecimento e geração de produtos em saúde pública. Outros desdobramentos de sua adoção na política de ciência e tecnologia do MS e da instituição estão pontuados na linha do tempo apresentada no Anexo 2.

No âmbito da Fiocruz, em 2005 foi aprovado o Plano Quadrienal 2005-2008 (Marteletto & Silva, 2004), com forte indicativo de que a ideia de inovação de produtos e processos deveria estar presente nas pesquisas em saúde pública, trazendo a definição e destaque de inovação em saúde descrita como: “[. . .] a

4 OCDE/Eurostat, 1997, §1 30.

5 Fiocruz, 2002.

transformação de uma ideia em produtos, processos e abordagens tecnologicamente novos ou significativamente aprimorados que potencialmente possam proporcionar melhorias importantes nos produtos, processos e abordagens existentes ou em utilização no sistema de saúde. A inovação é de vital importância no âmbito do complexo produtivo da saúde”.⁶

O PDTSP-Teias, implementado em 2009, traz a definição de inovação tecnológica em seu edital de convocação com base no texto constante do documento do PDTSP de 2002. Embora estivesse em processo um esforço para melhor definir inovação em saúde pública, atualizado em 2005, esta não foi eleita como referencial para a chamada de 2009.

Outras ponderações sobre inovação em saúde pública foram buriladas quando do Relatório Final do VI Congresso Interno da Fiocruz, de outubro de 2010, sendo adotadas duas definições de inovação, oficiais e complementares:

- a)* “introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços” com base no art. 2.º, IV, Lei 10.973/04 e;
- b)* “introdução no mercado de um produto (bem ou serviço) novo ou substancialmente aprimorado” ou pela “introdução de um processo novo ou substancialmente aprimorado”.⁷

Neste transcurso se evidencia a aspiração de assimilar e clarear a ideia e o conceito de inovação em saúde pública. No entanto, ainda restava pouco o que o PDTSP-Teias esperava como produto em saúde pública, fundamental para um entendimento mais elaborado sobre os projetos das pesquisas para o território Mangunhos, espaço de atuação deste projeto.

Mediante tal impasse desde a chamada do programa, fez-se necessário construir e apresentar em uma oficina sobre inovação

6 Fiocruz, 2005, p. 7.

7 Fiocruz, 2010.

e produtos em saúde pública uma linha do tempo do conceito que pudesse esclarecer visualmente e mostrar de forma esquemática a evolução deste nos documentos institucionais. Ainda no interesse de elucidar tanto para gestores quanto para os pesquisadores o que viria a ser produto inovador em saúde pública, pareceu pertinente marcar a diferenciação entre “inovação de produto” e “inovação de processo”.

Nesse entendimento, “inovação de produto” é a introdução de um bem ou serviço novo ou significativamente melhorado no que concerne a suas características ou usos previstos. Ou seja, se envolve características novas ou substancialmente melhoradas do serviço oferecido aos consumidores, trate-se de uma “inovação de produto”. As “inovações de processo” incluem métodos novos ou significativamente melhorados para a criação e a provisão de serviços,⁸ o que envolve métodos, equipamentos e/ou habilidades para o desempenho do serviço, novos ou substancialmente melhorados. Assim, se a inovação envolve melhorias substanciais nas características do serviço oferecido e nos métodos, equipamentos e/ou habilidades usados para seu desempenho, ela é uma inovação tanto de produto como de processo.⁹

O produto em saúde pública requer a compreensão de necessidades e problemas na realidade dos usuários, serviços, profissionais, gestores de saúde, que orientariam a busca por soluções com maior probabilidade de compreensão, aceitação e incorporação pelos potenciais usuários, na medida em que eles mesmos participem da investigação.

Foi necessário, então, destacar o termo *produto* sabendo que ele abrange tanto bens como serviços. Para pensar o produto em saúde pública foi desenvolvida, no processo da pesquisa avaliativa, a primeira oficina devolutiva com os pesquisadores da Rede PDTSP-Teias no intuito de pensar juntos sobre o tema.

Partindo da ideia central do produto em saúde pública como algo concreto ao SUS, para gerar melhoria nos processos

8 *Manual de Oslo*, 2005, p. 59.

9 *Ibidem*, p. 60.

de trabalho e na vida das pessoas, então, esses potenciais usuários deveriam ser coautores deste processo. Como identificar tais necessidades apenas com um olhar externo? Como elaborar uma questão interessante para uma localidade? Como inventar produtos em saúde pública senão sendo conhecedor contumaz dos problemas?

O propósito de trabalho da Rede PDTSP-Teias, como espaço de construção de conhecimento em rede, participativa, colaborativa e orientada para elaboração de produtos de interesse para o território e o SUS e de preferência inovadores, demandaria alguns desafios. O maior seria a participação dos interessados desde a formulação do problema, passando pelo processo da pesquisa e encontrando as soluções, muitas das vezes criativas e inovadoras para a melhoria de vida da comunidade de Manguinhos. No entanto, não foi essa perspectiva que se apresentou na maior parte dos projetos financiados. Para muitos pesquisadores, os principais produtos referidos dos seus projetos seriam um artigo científico e capítulo de livro, conforme indicado nas respostas em levantamento realizado na primeira oficina sobre o tema.

Outros impasses se apresentaram para marcar a baixa devolução de produtos no programa que iam além do entendimento do conceito inovação. A compreensão de produto como bem ou serviço que resulta da ação e é destinado ao público-alvo, ou ao investimento para a produção desse bem ou serviço, sua versão tangível se expressa na quantidade de beneficiários atendidos pela ação.¹⁰ Porém, os processos e produtos em saúde pública são mais intangíveis, abstratos e seu reconhecimento e retorno dentro das instituições de fomento à pesquisa, e da própria Fiocruz, acabam por tornarem-se menos visíveis e por vezes desconsiderados.

O desafio em compreender essas especificidades em se tratando de produtos em saúde pública exemplifica-se na dificuldade de expressar os produtos dos projetos de pesquisa financiados pelo PDTSP-Teias. Essa dificuldade de entendimento

10 Sisplam, 2008, p. 37.

levou, ao final de 2012, à assinatura do Termo de Compromisso com prazos estipulados para entrega do(s) produto(s) esperado(s).

Contudo, a estratégia de seguir “inovação” como um fio condutor no encontro das controvérsias estava permitindo elucidar algumas incompreensões e reelaborar alguns entendimentos sobre os projetos e seus produtos e, mesmo agregando novos atuantes, continuou-se aprofundando o tema.

ATIVIDADES INOVATIVAS E OS PRODUTOS DAS PESQUISAS

Ao distinguir que as “atividades inovativas” incluíam várias possibilidades, como os passos científicos, tecnológicos, organizacionais, financeiros e comerciais, inclusive o investimento em novos conhecimentos,¹¹ compreendeu-se que a gestão do PDTSP-Teias proporcionava, mesmo que experimentalmente, um ambiente propício para que, efetiva ou potencialmente, levasse os pesquisadores à introdução de produtos ou processos tecnologicamente novos ou substancialmente melhorados. Contudo, isso ainda não se expressava concretamente.

O foco de atenção da Rede era uma comunidade próxima à Fiocruz, costumeiramente focada como campo de pesquisa. O seu reconhecimento como atuante e não objeto, compreensão ainda distante para a maior parte dos pesquisadores, poderia constituir-se em dificuldade para propor um produto diferente do habitual, artigo científico, *paper* em congressos e capítulo de livro. Porém, os pesquisadores presentes à primeira oficina da Rede PDTSP-Teias no âmbito do projeto de avaliação, consideraram a importância de que os produtos fossem acessíveis à compreensão dos possíveis usuários, incluindo gestores, profissionais e moradores do território, *a partir da noção de que as evidências científicas precisam ser traduzidas de modo a serem incorporadas nos processos decisórios*, o conceito de translação do conhecimento começa, assim, a expressar-se entre os atores da rede sociotécnica (Potvin & Clavier, 2012).

No percurso da pesquisa, no encontro entre a avaliação, gestores do programa e de pesquisa, pesquisadores e consultores

11 OCDE. *Manual de Oslo*, 1996, p. 44.

chegava-se ao entendimento que existia a possibilidade da visibilidade do produto em saúde pública, com ou sem inovação, tangível ou intangível. Este deveria efetivamente endereçar-se à solução de necessidade ou problema do público ao qual se destinasse, partindo dele a demanda e a ele devolvido. Tal possibilidade requer, então, que este produto faça um giro de 360 graus, entrevedo-se as condições de ser conferido após sua implementação.

Nesse sentido, uma importante indagação dos participantes referiu-se à *necessidade de investimentos institucionais para que as pesquisas resultem em produtos e em inovação para o campo da saúde pública*. Apontavam que não bastariam as iniciativas individuais e focalizadas de pesquisa se a instituição não tomar para si a responsabilidade de realizar a articulação entre atividade e produção técnico-científica, gestão dos serviços públicos e demandas da população do território.

Como pesquisa participativa e orientada para o uso efetivo dos resultados, no processo da avaliação buscou-se compartilhar os achados com os interessados à medida que emergiam, visando contribuir para melhorias na gestão da Rede PDTSP-Teias ou do que viesse a sucedê-la. Nesse sentido, permitiu identificar avanços no modo como alguns coordenadores de pesquisa conseguiam expressar mais claramente o que constituía o produto do seu projeto, tal como apontado no exemplo abaixo.

Projeto: Contribuição para um diagnóstico socioambiental em Manguinhos

— *Produto original: Contribuições para um diagnóstico socioambiental em Manguinhos; Resultado e registro das estórias de campo e adaptação metodológica; Mapas com informações ambientais.*

— *Termo Compromisso: Apresentará até 14 de dezembro de 2012 um relatório final da pesquisa e em fevereiro de 2013 os produtos: Uma sistematização do processo de trabalho para a construção do diagnóstico sócio ambiental; Texto para integrar a publicação final da Rede PDTSP-Teias.*

— *Produto elaborado após a 1.ª Oficina sobre Inovação e Produto em Saúde Pública: Diagnóstico da situação social e ambiental. Mapas temáticos sobre os diversos temas específicos do projeto. Publicações/material didático de conteúdo acessível à população local e aos trabalhadores da saúde no território.*

Aprendizados de uma gestão inovadora

A partir das questões iniciais da pesquisa avaliativa encontrou-se que a gestão da Rede PDTSP-Teias constituiu-se ela mesma em uma atividade inovativa. Colocada à prova no processo de trabalho com os pesquisadores, gestores institucionais e municipais e envolvimento e apoio da coordenação do programa, experimentou as diferenças e dificuldades na compreensão dos propósitos da Rede e resultados dos projetos financiados como produtos para o SUS. Seguir os atuantes em seu caminho na rede permitiu construir junto uma experiência de esclarecimento e coaprendizado.

Nesse caminho de aprendizagem coletiva, aspiram-se produtos finais mais próximos do esperado, devolvendo à sociedade os investimentos em saúde. Diante das controvérsias inerentes ao caminho da pesquisa, pode-se encontrar novas linhas, desvios criativos que não costumam ser usuais; e este pode ter sido o produto inovador mais importante, para este tempo.

Nesse sentido, foram muitos os aprendizados tanto para os participantes da Rede quanto para o grupo que conduziu essa pesquisa avaliativa. Com a participação dos envolvidos no programa, entreviu e contribuiu na tomada de decisões sobre os produtos a serem priorizados pelos projetos na Rede Saúde Manginhos (subsequente à Rede PDTSP-Teias) com base no aporte teórico-metodológico da Translação do Conhecimento (Potvin & Clavier, 2012). Também influenciou no desenho de uma nova rede de pesquisa, a Rede PMA, a partir da construção de um edital público com interesses e objetivos mais explícitos sobre o processo de construção das pesquisas e dos resultados esperados.

Esse conjunto de características mencionadas, tanto de percepções positivas quanto limites, com todas intercorrências e controvérsias, configura um cenário que permite afirmar que o programa se constituiu em uma complexa rede sociotécnica, evidenciando-se mais como uma experiência piloto, inovadora, de gestão de uma rede na Fiocruz.

Referências

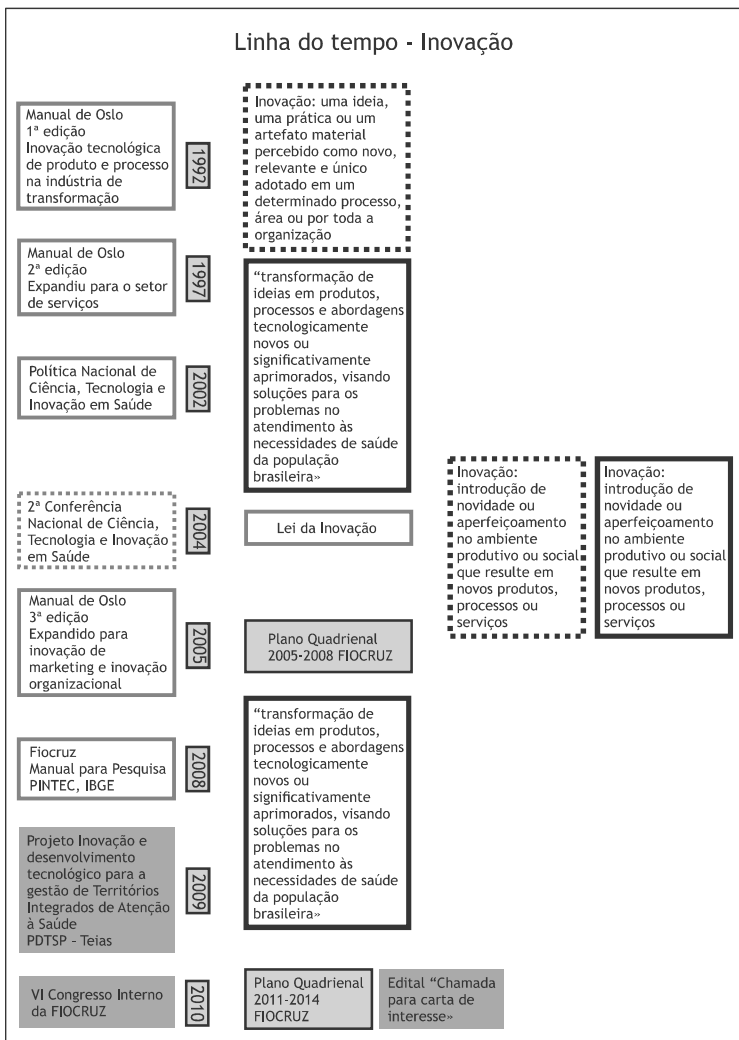
- Acioli, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. *Inf. Inf.*, Londrina, vol. 12, 2007.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: University of Chicago Press, 1992.
- Brasil. Ministério da Saúde/Fiocruz. *Plano quadrienal 2005-2008*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005.
- . Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Glossário temático: Sistema de Planejamento, Monitoramento e Avaliação das Ações em Saúde (Sisplam)*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2008. Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- . Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação/OCDE. *Manual de Oslo: diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação*. 3.^a ed., 2005.
- Callon, M. "Society in the making: the study of technology as a tool for sociological analysis". In: Bijker, W.; Hughes, T. P. & Pinch, T. (eds.). *The social construction of technological systems. New directions in the sociology and history of technology*. Cambridge, Mass.: The Mit Press, pp. 83-103, 1986.
- Caracelli, V. J. Evaluation use at the threshold of the Twenty-First Century. *New Directions for Evaluation*, n.º 88, pp. 99-112, 2000.
- Castells, M. & Cardoso, G. *A sociedade em rede: do conhecimento à ação política*. RLisboa: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 2006.
- Cressman, D. *A brief overview of actor-network theory: punctualization, heterogeneous engineering & translation*. ACT Lab/Centre for Policy Research on Science & Technology (CPROST) School of Communication, Simon Fraser University, 2009.
- Figueiró, A. F. et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions: the Critical Event Card. *Atelier*, 8 de junho de 2011, Universidade de Montréal, 2011.

- Fleury, S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *Administração em Diálogo*, vol. 7, pp. 77-89, 2005.
- Fleury, S. & Ouverney, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- Hartz, Z. M. A.; Denis, J. L.; Moreira, E. & Matida A. “From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices”. In: McQueen, D. V. & Potvin, L. (orgs.). *Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research*. Nova York: Springer, 2008, pp. 101-20.
- Latour, B. *Reagregando o Social*. Salvador: Edufba, 2012.
- Law, J. *After method mess in social science research*. Editor John Urry. Lancaster: Lancaster University, 2004.
- Marteletto, R. Informação, rede e redes sociais: fundamentos e transversalidades. *Inf. Inf.*, Londrina, vol. 12, pp. 1-7, 2007.
- Marteletto, R. & Silva, ABO. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. *Ci. Inf.*, Brasília, vol. 33, n.º 3, pp. 41-9, set.-dez. 2004.
- Mendes, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9.ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Moll, A. *Actor-network theory: sensitive terms and enduring tensions*. FMG: Amsterdam Institute for Social Science Research (AISSR), 2010.
- Morel, C. et al. Co-authorship network analysis: a powerful tool for strategic planning of research, development and capacity building programs on neglected diseases. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, vol. 3, p. e501, 2009.
- Opas. *Network Management at Pabo/WHO Brazil: concepts, practices, and lessons learned*, 2009.
- Potvin, L. & Clavier, C. “La théorie de l’acteur-réseau”. In: Aubry, F. & Potvin, L. (eds.). *Construire l’espace socio-sanitaire. Expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*. Montréal: Presses de l’Université de Montréal, 2012.
- Preskill, H. & Torres, R. T. The learning dimensions of evaluation use. *New Directions for Evaluation*, vol. 88, pp. 25-38, 2000.
- Rosman, G. B. & Rallis, S. F. Critical inquiry and use as action. *New Directions for Evaluation*, vol. 88, pp. 55-70, 2000.
- Tureta, C.; Rosa, A.R. & Santos, L. S. Estratégia como prática social e actor network theory: uma possível conversação para o estudo da estratégia. In: Encontro da Anpad, 30, Salvador, 2006.

Anexo 1. Linha do Tempo — Gestão da Rede

Linha do Tempo	
2010	<ol style="list-style-type: none">1. Aprovação no Conselho Deliberativo da Fiocruz da Rede PDTSP-Teias;2. Seminário na Ensp, que marca o início do trabalho colaborativo com a gestão do Teias Escola Manguinhos e pesquisadores da Fiocruz;3. Formalização da Rede por meio de uma chamada pública para submissão de propostas de pesquisas;4. Formação do Comitê Gestor para auxílio dos trabalhos da Rede;5. Resultado da chamada com 34 Cartas de Interesse.6. Elaboração da metodologia do trabalho da Rede pelo Comitê Gestor, através da noção de Rede Social.8. Envio dos projetos de cada pesquisa conforme as cartas de interesse
2011	<ol style="list-style-type: none">9. Recomposição dos membros do Comitê Gestor com a entrada de consultores especialistas.10. O Comitê Gestor deliberou as pesquisas deveriam formular um produto final da rede (posteriormente foi avaliado que era mais viável que cada pesquisa tivesse seu produto)11. Para viabilizar a elaboração dos produtos foram organizados trabalhos em grupos (GT) que ao longo do ano foram transformados.
2012	<ol style="list-style-type: none">12. Início dos trabalhos de campo das pesquisas e do Inquérito Populacional.13. Reorganização: algumas propostas saíram e de 31 para 19 pesquisas, distribuídos em diferentes unidades da Fiocruz com maior concentração na ENSP (9). Ao longo de 2012 reduziu de 21 para 14 pesquisas.14. Atraso dos trabalhos de campo em função de problemas de violência no território (implantação da UPP Manguinhos)15. Reunião geral para apresentação dos relatórios parciais e cada pesquisa assinou Termo de Compromisso para a entrega dos produtos. Ficou acertado que os relatórios finais seriam entregues até agosto de 2013 e os produtos ao longo de 2013.
2013	<ol style="list-style-type: none">16. Até dezembro de 2013 os relatórios finais foram entregues e parte dos produtos previstos concluídos.17. Criação da Rede Saúde Manguinhos e da Chamada Teias-Ensp que permitiu a continuidade de algumas pesquisas e a conclusão de alguns produtos como a inserção de novos grupos.

Anexo 2. Linha do Tempo — Inovação



SOBRE OS AUTORES

oOo

Alex Simões de Mello

Enfermeiro, mestre em Saúde Integrada da Criança e do Adolescente. Professor assistente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem (Desp). Gerente da Clínica da Família Victor Valla (2010-2013).

Ana Cláudia Figueiró

Nutricionista, doutora em Saúde Pública. Pesquisadora Adjunta Fiocruz da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da (Densp) no Laboratório de Avaliação em Situações Endêmicas Regionais (Laser).

Ana Rabello

Médica, doutora em Infectologia e Medicina Tropical. Pesquisadora da Fiocruz (aposentada). Coordenadora do PDTSP (2009 a 2012). Chefia o Grupo de Pesquisas Clínicas e Políticas Públicas em Doenças Infecciosas e Parasitárias do Centro de Pesquisa René Rachou/Fiocruz.

André Luiz da Silva Lima

Historiador, doutorando em História das Ciências e da Saúde. Pesquisador colaborador da Casa Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz).

André Pereira Neto

Historiador, doutor em Saúde Coletiva. Pesquisador Fiocruz da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Coordenador do Laboratório Internet, Saúde e Sociedade (Laiss).

Andreza Rodrigues Nakano

Enfermeira, pós-doutoranda do Programa Brasil Sem Miséria, do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz.

Angélica de Almeida

Graduanda em Biologia, monitora do Curso Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos.

Antonio Henrique Almeida de Moraes Neto

Biólogo, com pós-doutorado em Parasitologia e Saúde Coletiva. Pesquisador da Fiocruz do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos.

Carlos Machado de Freitas

Historiador, com pós-doutorado em Ciências Ambientais. Pesquisador Fiocruz da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Coordenador do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde.

Caroline Ferraz Ignacio

Doutoranda em Medicina Tropical. Pesquisadora colaboradora do Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos do Instituto Oswaldo Cruz (IOC)/Fiocruz.

Claudia Bonan

Médica, doutora em Sociologia. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz.

Claudia Carneiro da Cunha

Psicóloga, doutora em Antropologia Social. Pesquisadora Visitante (CNPq) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) do Instituto de Medicina Social (IMS). Professora convidada da Pós-Graduação Lato Sensu em Psicologia da Saúde na PUC-Rio.

Danielle de Almeida Carvalho

Engenheira química, com mestrado em Química. Professora do Curso de Especialização em Gestão e Tecnologias do Saneamento e Técnica em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Eduardo Junior Andrade Santos

Graduando em Redes de Computadores. Bolsista no Projeto Diagnóstico Socioambiental de Manguinhos.

Fabiana Melo Sousa

Formada na Escola de Cinema Darcy Ribeiro, pesquisadora e documentarista em saúde pública e favela. Integrante fundadora da TV Tagarela da Rocinha (1999) e uma das idealizadoras e coordenadoras do grupo Imagens e Complexos (2012).

Fatima Regina Pivetta

Química, mestrado em Química Analítica Inorgânica. Tecnologista da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da (Cesteh). Membro da coordenação do Laboratório Territorial de Manguinhos.

Gert Wimmer

Dentista, especialista em Saúde da Família e coordenador da Estratégia Saúde da Família do município do Rio de Janeiro no período de 2009 a 2011.

Gleide Guimarães

Historiadora. Pesquisadora colaboradora do Laboratório Territorial de Manguinhos no período de 2003 a 2014.

Graciara Silva

Educadora física, participou do Programa de Controle da Dengue em Manguinhos e da construção do Diagnóstico Socio-ambiental de Manguinhos.

Isabela Soares Santos

Cientista social, doutora em Saúde Pública. Pesquisadora Fiocruz da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp). Coordenadora do Programa Eixo de Políticas Públicas e Modelos de Atenção à Saúde da Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência da Fiocruz.

Jairo Dias de Freitas

Físico, doutor em Saúde Pública e Meio Ambiente. Professor do Colégio Pedro II e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

Juliana Kabad

Cientista social, doutoranda em Saúde Pública. Pesquisadora colaboradora do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz). Coordenadora adjunta da Rede de Políticas Públicas e Modelos de Atenção (PMA/VPPLR/Fiocruz).

Kátia Silveira da Silva

Médica, doutora em Saúde Coletiva. Responsável pela disciplina de Epidemiologia do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz.

Lenira Fracasso Zancan

Cientista social, mestre em Saúde Pública. Pesquisadora Fiocruz da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) do Departamento de Ciências Sociais (DCS). Membro da coordenação do Laboratório Territorial de Manguinhos.

Luisa Arueira Chaves

Farmacêutica, mestre em Saúde Pública. Pesquisadora colaboradora do Núcleo de Assistência Farmacêutica (Nasf), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Luiz Villarinho Pereira Mendes

Farmacêutico, mestre em Saúde Pública. Pesquisador colaborador do Núcleo de Assistência Farmacêutica (Nasf) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Marcello de Moura Coutinho

Cientista social, mestre em Saúde Pública. Pesquisador Fiocruz da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).

Marcelo Firpo de Souza Porto

Engenheiro de produção, com pós-doutorado em Medicina Social. Pesquisador Fiocruz da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh).

Marcia dos Santos Luiz

Enfermeira e mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Especialização em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher (IFF)/Fiocruz.

Marcus Vinicius Campos Matraca

Cientista social, doutor em Ciências. Palhaço, músico e professor adjunto da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB).

Maria Aparecida dos Santos

Psicóloga, doutoranda em Psicologia. Pesquisadora colaboradora do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (Laser) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Maria das Mercês Navarro Vasconcellos

Bióloga, doutora em Educação. Pesquisadora Fiocruz da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp).

Maria de Fátima Leal Alencar

Nutricionista. Pesquisadora colaboradora do Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz).

Maria Paula de Oliveira Bonatto

Bióloga, doutora em Saúde Pública. Professora colaboradora do curso de Educação Popular, Cultura e Saúde no Programa de Pós-Graduação em Arte e Ciência do Instituto Oswaldo Cruz (IOC)/Fiocruz.

Marize Bastos da Cunha

Historiadora, doutora em Educação e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (Fiocruz). Membro do Laboratório Territorial de Manguinhos.

Marly Marques da Cruz

Psicóloga, doutora em Saúde Pública. Pesquisadora Fiocruz da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da (Densp) no Laboratório de Avaliação em Situações Endêmicas Regionais (Laser). Coordenadora adjunta do Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública e do curso de formação em Avaliação em Saúde da Ensp.

Martha Cristina Nunes Moreira

Psicóloga, doutora em Ciências Humanas. Professora da Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher no Instituto Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz.

Mayalu Matos

Psicóloga, mestre em Medicina Social. Pesquisadora Fiocruz na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), do Departamento Latino-Americano de Estudos da Violência e Saúde Jorge Careli (Claves).

Natália Alves Costa

Bióloga, monitora do Curso Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos.

Paulo Marchiori Buss

Médico, mestre em Medicina Social, presidente da Fiocruz (2000 a 2008), idealizador do PDTSP. Atualmente é diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz.

Paulo Roberto de Abreu Bruno

Historiador, doutor em Ciências. Pesquisador Fiocruz da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) do Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental (DSSA).

Rita de Cássia Sobral

Assistente social, no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGVF) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Roberta Argento Goldstein

Geógrafa, doutora em Saúde Pública. Coordenadora adjunta do Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção à Saúde da Vice-Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência da Fiocruz.

Rosália Maria de Oliveira

Engenheira química, doutora em Saúde Pública. Pesquisadora Fiocruz da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) do Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental (DSSA).

Rosane Marques de Souza

Psicóloga, mestre em Ciências. Pesquisadora colaboradora no Departamento Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp).

Sheyla David Dutra

Bióloga, monitora do Curso Saúde Comunitária: Uma Construção de Todos.

Tais de Moura Ariza Alpino

Nutricionista, mestre em Saúde Pública. Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Pesquisadora colaboradora do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde.

Tânia C. de Araújo Jorge

Médica, doutora em Ciências. Pesquisadora titular do Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos.

Tania Maria Dias Fernandes

Farmacêutica, doutora em História Social. Pesquisadora Fiocruz da Casa de Oswaldo Cruz (COC).

Valéria Cristina Gomes de Castro

Assistente social, mestre em Ciências. Pesquisadora Fiocruz da Coordenadoria de Cooperação Social/Presidência da Fiocruz.

Vera Lucia Luiza

Farmacêutica, doutada em Saúde Pública. Pesquisadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica (Nasf) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Zulmira Hartz

Médica, doutora pela Universidade de Montréal, pesquisadora titular (aposentada) da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), professora catedrática convidada de Avaliação em Saúde e Subdiretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, além de membro das Associações Americana, Canadense e Europeia de Avaliação.

- Saúde e Assistência Médica no Brasil*, Carlos Gentile de Mello
Ensaio Médico-Socias, Samuel Pessoa
Medicina e Política, Giovanni Berlinguer
O Sistema de Saúde em Crise, Carlos Gentile de Mello
Saúde e Previdência: Estudos de Política Social, José Carlos de Souza Braga & Sérgio Góes de Paula
Saúde nas Fábricas, Giovanni Berlinguer
Ecologia: Capital, Trabalho e Ambiente, Laura Conti
Ambiente de Trabalho: a Luta dos Trabalhadores Pela Saúde, Ivar Oddone et al
Saúde Para Todos: um Desafio ao Município — a Resposta de Bauru, David Capistrano Filho (org.)
Os Médicos e a Política de Saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos
Epidemiologia da Desigualdade, César G. Victora, Fernando C. de Barros & Patrick Vaughan
Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo, Carlos Augusto Monteiro
Saúde do Trabalhador, Aparecida Linhares Pimenta & David Capistrano Filho
A Doença, Giovanni Berlinguer
Reforma Sanitária: Itália e Brasil, Giovanni Berlinguer, Sônia M. Fleury Teixeira & Gastão Wagner de Sousa Campos
Educação Popular nos Serviços de Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos
Processo de Produção e Saúde, Asa Cristina Laurell & Mariano Noriega
Trabalho em Turnos e Noturno, Joseph Rutenfranz, Peter Knauth & Frida Marina Fischer
Programa de Saúde dos Trabalhadores (a Experiência da Zona Norte: Uma Alternativa em Saúde Pública), Danilo Fernandes Costa, José Carlos do Carmo, Maria Maeno Settimi & Ubiratan de Paula Santos
A Saúde das Cidades, Rita Esmanhoto & Nizan Pereira Almeida
Saúde e Trabalho. A Crise da Previdência Social, Cristina Possas
Saúde Não se Dá, Conquista-se, Demócrito Moura
Planejamento sem Normas, Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Merhy & Everardo Duarte Nunes
Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade Estrutural e Saúde no Brasil, Cristina Possas
Tópicos de Saúde do Trabalhador, Frida Marina Fischer, Jorge da Rocha Gomes & Sérgio Colacioppo
Epidemiologia do Medicamento. Princípios Gerais, Joan-Ramon Laporte et al.
Educação Médica e Capitalismo, Lília Blima Schraiber
Saúde Loucura 1, Antonio Lancetti et al.
Desinstitucionalização, Franco Rotelli et al.
Programação em Saúde Hoje, Lília Blima Schraiber (org.)
Saúde Loucura 2, Félix Guatari, Gilles Deleuze et al.
Epidemiologia: Teoria e Objeto, Dina Czeresnia Costa (org.)
Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera, John Snow
Hospital, Dor e Morte Como Ofício, Ana Pitta
A Multiplicação Dramática, Hernán Kesselman & Eduardo Pavlovsky
Cinco Lições Sobre a Transferência, Gregorio Barembliitt
A Saúde Pública e a Defesa da Vida, Gastão Wagner de Sousa Campos
Epidemiologia da Saúde Infantil, Fernando C. Barros & Cesar G. Victora
Juqueri, o Espinho Adormecido, Evelin Naked de Castro Sá & Cid Roberto Bertozzo Pimentel
O Marketing da Fertilidade, Yvan Wolfers et al.
Lacantóras, Gregorio Barembliitt
Terapia Ocupacional: Lógica do Trabalho ou do Capital? Lea Beatriz Teixeira Soares
Minhas Pulgas, Giovanni Berlinguer
Mulheres: Sanitaristas de Pés Descalços, Nelsina Mello de Oliveira Dias
Epidemiologia — Economia, Política e Saúde, Jaime Breilh
O Desafio do Conhecimento, Maria Cecília de Souza Minayo
Saúde Loucura 3, Herbert Daniel et al.
Saúde, Ambiente e Desenvolvimento, Maria do Carmo Leal et al.
Promovendo a Equidade: um Novo Enfoque com Base no Setor da Saúde, Emanuel de Kadit & Renato Tasca
A Saúde Pública Como Política, Emerson Elias Merhy
Sistema Único de Saúde, Guido Ivan de Carvalho & Lenir Santos
Reforma da Reforma, Gastão Wagner S. Campos
O Município e a Saúde, Luiza S. Heimann et al.
Epidemiologia Para Municípios, J. P. Vaughan
Distrito Sanitário, Eugênio Vilaça Mendes
Psicologia e Saúde, Florianita Braga Campos (org.)
Questões de Vida: Ética, Ciência, Saúde, Giovanni Berlinguer
Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, Maria E. X. Kalil (org.)
Mário Tommasini: Vida e Feitos de um Democrata Radical, Franca Ongaro Basaglia
Saúde Mental no Hospital Geral: Espaço Para o Psíquico, Neury J. Botega & Paulo Dalgallarrondo
O Médico e seu Trabalho: Limites da Liberdade, Lília Blima Schraiber
O Limite da Exclusão Social. Meninos e Meninas de Rua no Brasil, Maria Cecília de Souza Minayo
Saúde e Trabalho no Sistema Único do Sus, Neiry Primo Alessi et al.
Ruído: Riscos e Prevenção, Ubiratan de Paula Santos (org.)
Informações em Saúde: da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania, Ilara Hammerty Sozzi de Moraes
Saúde Loucura 4, Gregorio Barembliitt et al
Odontologia e Saúde Bucal Coletiva, Paulo Capel Narvai
Manual de Saúde Mental, Benedetto Saraceno et al.
Assistência Pré-Natal: Prática de Saúde a Serviço da Vida, Maria Inês Nogueira
Saber Preparar Uma Pesquisa, André-Pierre Contandriopoulos et al.

Pensamento Estratégico e Lógica da Programação, Mario Testa
Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde, Sueli G. Dallari
Inventando a Mudança na Saúde, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio et al.
Uma História da Saúde Pública, George Rosen
Drogas e Aids, Fábio Mesquita & Francisco Inácio Bastos
Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves
Epidemiologia e Emancipação, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Razão e Planejamento, Edmundo Gallo, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves & Emerson Elias Merhy
Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80, Maria Cecília de Souza Minayo (org.)
Da Saúde e das Cidades, David Capistrano Filho
Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças, Paulo Marchiori Buss & Maria Eliana Labra
Aids: Ética, Medicina e Tecnologia, Dina Czeresnia et al.
Aids: Pesquisa Social e Educação, Dina Czeresnia et al.
Maternidade: Dilema entre Nascimento e Morte, Ana Cristina d'Andretta Tanaka
Construindo Distritos Sanitários. A Experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo, Carmen Fontes Teixeira & Cristina Melo (orgs.)
Memórias da Saúde Pública: a Fotografia como Testemunha, Maria da Penha C. Vasconcellos (coord.)
Medicamentos, Drogas e Saúde, E. A. Carlini
Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade, Jorge Antonio Zepeda Bermudez
Propaganda de Medicamentos: Atentado à Saúde? José Augusto Cabral de Barros
Relação Ensino/Serviços: Dez Anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil, Regina Giffoni Marsiglia
Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil, Carlos Augusto Monteiro (org.)
Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva, Ana Maria Canesqui
O "Mito" da Atividade Física e Saúde, Yara Maria de Carvalho
Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios, Aurea M. da Rocha Pitta
Profissionalização e Conhecimento: a Nutrição em Questão, Maria Lúcia Magalhães Bosi
Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica, Lília Blima Schraiber, Maria Ines Baptistela Nemes & Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (orgs.)
Nutrição, Trabalho e Sociedade, Solange Veloso Viana
Uma Agenda para a Saúde, Eugênio Vilaça Mendes
A Construção da Política Nacional de Medicamentos, José Ruben de Alcântara Bonfim & Vera Lúcia Mercucci (orgs.)
Ética da Saúde, Giovanni Berlinguer
A Construção do SUS a Partir do Município: Etapas para a Municipalização Plena da Saúde, Silvio Fernandes da Silva
Reabilitação Psicossocial no Brasil, Ana Pitta (org.)
Saúde/Loucura 5, Gregorio Baremlitt (org.)
Saúde/Loucura 6, Eduardo Passos Guimarães (org.)
Assistência Social e Cidadania, Antonio Lancetti (org.)
Sobre o Risco: Para Compreender a Epidemiologia, José Ricardo de Mesquita Aires
Ciências Sociais e Saúde, Ana Maria Canesqui (org.)
Agir em Saúde, Emerson Elias Merhy & Rosana Onocko (orgs.)
Contra a Maré à Beira-Mar, Florianita Braga Campos & Cláudio Maierovitch
Princípios Para Uma Clínica Antimanicomial, Ana Marta Lobosque
Modelos Teccoassistenciais em Saúde: o Debate no Campo da Saúde Coletiva, Aluísio G. da Silva Junior
Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social, Nilson do Rosário Costa
A Era do Saneamento: as Bases da Política de Saúde Pública no Brasil, Gilberto Hochman
O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, Ines Lessa (org.)
Malária e Seu Controle, Rita Barradas Barata
O Dengue no Espaço Habitado, Maria Rita de Camargo Donalísio
A Organização da Saúde no Nível Local, Eugênio Vilaça Mendes (org.)
Trabalho e Saúde na Aviação: a Experiência entre o Invisível e o Risco, Alice Itani
Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil, Laura Feuerwerker
A Evolução da Doença de Chagas no Estado de São Paulo, Luis Jacintho da Silva
Malária em São Paulo: Epidemiologia e História, Marina Ruiz de Matos
Civilização e Doença, Henry Sigerist
Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde, Jorge Antonio Zepeda Bermudez & José Ruben de Alcântara Bonfim (orgs.)
A Mulher, a Sexualidade e o Trabalho, Eleonora Menicucci de Oliveira
Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil, Loren Galvão & Juan Diaz (orgs.)
A Educação dos Profissionais de Saúde da América Latina (Teoria e Prática de um Movimento de Mudança) — Tomo 1 "Um Olhar Analítico" — Tomo 2 "As Vozes dos Protagonistas", Marcio Almeida, Laura Feuerwerker & Manuel Llanos C. (orgs.)
Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde, Ediná Alves Costa
Sobre a Sociologia da Saúde. Origens e Desenvolvimento, Everardo Duarte Nunes
Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico, Ana Maria Canesqui (org.)
Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família, Eymard Mourão Vasconcelos
Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos, Gastão Wagner de Sousa Campos
A Ciência da Saúde, Naomar de Almeida Filho
A Voz do Dono e o Dono da Voz: Saúde e Cidadania no Cotidiano Fabril, José Carlos "Cacau" Lopes
Da Arte Dentária, Carlos Botazzo
Saúde e Humanização: a Experiência de Chapeço, Aparecida Linhares Pimenta (org.)
Consumo de Drogas: Desafios e Perspectivas, Fábio Mesquita & Sérgio Seibel
Saúde/Loucura 7, Antonio Lancetti (org.)
Ampliar o Possível: a Política de Saúde do Brasil, José Serra
SUS Passo a Passo: Normas, Gestão e Financiamento, Luiz Odorico Monteiro de Andrade
A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)

Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeitos, Atores e Políticas, Sílvia Fernandes da Silva
A Cor-Agem do PSF, Maria Fátima de Souza
Agentes Comunitários de Saúde: Cboque de Povo, Maria Fátima de Souza
A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano, Angelina Harari & Willians Valentini (orgs.)
Saúde: Cartografia do Trabalho Vivo, Emerson Elias Merhy
Além do Discurso de Mudança na Educação Médica: Processos e Resultados, Laura Feuerwerker
Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas, Jadete Barbosa Lampert
Os Sinais Vermelhos do PSF, Maria Fátima de Sousa (org.)
O Planejamento no Labirinto: Uma Viagem Hermenêutica, Rosana Onocko Campos
Saúde Psíquica, Gastão Wagner de Sousa Campos
Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica, Kenneth R. de Camargo Jr.
Epidemiologia nos Municípios: Muito Além das Normas, Marcos Drumond Júnior
A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes, Arthur Hyppolito de Moura
Epidemiologia Social: Compreensão e Crítica, Djalma Agripino de Melo Filho
O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano, Emerson Elias Merhy et al.
Natural, Racional Social: Razão Médica e Racionalidade Científica, Madel T. Luz
Acolher Chapeço: Uma Experiência de Mudança do Modelo Assistencial, com Base no Processo de Trabalho, Túlio Batista Franco et al.
Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades, João José Neves Marins
Proteção Social. Dilemas e Desafios, Ana Luíza d'Ávila Viana, Paulo Eduardo M. Elias & Nelson Ibañez (orgs.)
O Público e o Privado na Saúde, Luíza Sterman Heimann, Lauro Cesar Ibanhes & Renato Barbosa (orgs.)
O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do Sonho à Realidade, Maria Solange Gomes Dellaroza & Marli Terezinha Oliveira Vanucci (orgs.)
A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica, Gustavo Tenório Cunha
Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança, Sérgio Resende Carvalho
Saúde e Desenvolvimento Local, Marco Akerman
Saúde do Trabalhador no SUS: Aprender com o Passado, Trabalhar o Presente e Construir o Futuro, Maria Maeno & José Carlos do Carmo
A Espiritualidade do Trabalho em Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos (org.)
Saúde Todo Dia: Uma Construção Coletiva, Rogério Carvalho Santos
As Duas Faces da Montanha: Estudos sobre Medicina Chinesa e Acupuntura, Marilene Cabral do Nascimento
Perplexidade na Universidade: Vivências nos Cursos de Saúde, Eymard Mourão Vasconcelos, Lia Haikal Ibañez & Eduardo Simon
Tratado de Saúde Coletiva, Gastão Wagner de Sousa Campos, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Jr. & Yara Maria de Carvalho (orgs.)
Entre Arte e Ciência: Fundamentos Hermenêuticos da Medicina Homeopática, Paulo Rosenbaum
A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade, Luiz Odorico Monteiro de Andrade
Olhares Socioantropológicos Sobre os Adoecidos Crônicos, Ana Maria Canesqui (org.)
Na Boca do Rádio: o Radialista e as Políticas Públicas, Ana Luíza Zaniboni Gomes
SUS: Ressignificando a Promoção da Saúde, Adriana Castro & Miguel Malo (orgs.)
SUS: Pacto Federativo e Gestão Pública, Vânia Barbosa do Nascimento
Memórias de um Médico Sanitarista que Virou Professor Enquanto Escrevia Sobre... & Gastão Wagner de Sousa Campos
Saúde da Família, Saúde da Criança: a Resposta de Sobral, Anamaria Cavalcante Silva
A Construção da Medicina Integrativa: um Desafio para o Campo da Saúde, Nelson Filice de Barros
O Projeto Terapêutico e a Mudança nos Modos de Produzir Saúde, Gustavo Nunes de Oliveira
As Dimensões da Saúde: Inquérito Populacional em Campinas, SP, Marilisa Bert de Azevedo Barros, Chester Luiz Galvão César, Luana Carandina & Moisés Goldbaum (orgs.)
Avaliar para Compreender: Uma Experiência na Gestão de Programa Social com Jovens em Osasco, SP, Juan Carlos Aneiros Fernandez, Marisa Campos & Dulce Helena Cazzuni (orgs.)
O Médico e Suas Interações: Confiança em Crise, Lília Blima Schraiber
Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde, Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luísa Sandoval Schmidt & Fábio Zicker (orgs.)
Homeopatia, Universidade e SUS: Resistências e Aproximações, Sandra Abrahão Chaim Salles
Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada, Gastão Wagner de Sousa Campos & André Vinicius Pires Guerrero (orgs.)
Saúde Comunitária: Pensar e Fazer, Cezar Wagner de Lima Góis
Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade, Rosana Onocko Campos, Juares Pereira Furtado, Eduardo Passos & Regina Benedites
Saúde, Desenvolvimento e Território, Ana Luíza d'Ávila Viana, Nelson Ibañez & Paulo Eduardo Mangeon Elias (orgs.)
Educação e Saúde, Ana Luíza d'Ávila Viana & Célia Regina Pierantoni (orgs.)
Direito à Saúde: Discursos e Práticas na Construção do SUS, Solange L'Abbate
Infância e Saúde: Perspectivas Históricas, André Mota & Lília Blima Schraiber (orgs.)
Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade, Sérgio Resende Carvalho, Sabrina Ferigato, Maria Elisabeth Barros (orgs.)
Medicina e Sociedade, Cecília Donnangelo
Sujeitos, Saberes e Estruturas: uma Introdução ao Enfoque Relacional no Estudo da Saúde Coletiva, Eduardo L. Menéndez
Saúde e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho, Cecília Donnangelo & Luiz Pereira
A Produção Subjetiva do Cuidado: Cartografias da Estratégia Saúde da Família, Túlio Batista Franco, Cristina Setenta Andrade & Vitória Solange Coelho Ferreira (orgs.)
Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS, Charles D. Tesser (org.)
Saúde e História, Luiz Antonio de Castro Santos & Lina Faria
Violência e Juventude, Marcia Faria Westphal & Cynthia Rachid Bydlowski
Walter Sidney Pereira Lacer: das Análises Clínicas à Medicina Preventiva e à Saúde Pública, José Ruben de Alcântara Bonfim & Sílvia Bastos (orgs.)

Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS, Edith Lauridsen-Ribeiro & Oswaldo Yoshimi Tanaka (orgs.)
Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: Avaliação da Implantação do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista (Bahia) 1997-2008, Jorge José Santos Pereira Solla
Semiótica, Afecção e o Trabalho em Saúde, Túlio Batista Franco & Valéria do Carmo Ramos
Adoecimento Crônico Infantil: um estudo das narrativas familiares, Marcelo Castellanos
Poder, Autonomia e Responsabilização: Promoção da Saúde em Espaços Sociais da Vida Cotidiana, Kênia Lara Silva & Roseli Rosângela de Sena
Política e Gestão Pública em Saúde, Nelson Ibañez, Paulo Eduardo Mangeon Elias & Paulo Henrique D'Angelo Seixas (orgs.)
Educação Popular na Formação Universitária: Reflexões com Base em uma Experiência, Eymard Mourão Vasconcelos & Pedro José Santos Carneiro Cruz (orgs.)
O Ensino das Práticas Integrativas e Complementares: Experiências e Percepções, Nelson Filice de Barros, Pamela Siegel & Márcia Aparecida Padovan Otani (orgs.)
Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde, Carlos Dimas Martins Ribeiro, Túlio Batista Franco, Aluisio Gomes da Silva Júnior, Rita de Cássia Duarte Lima, Cristina Setenta Andrade (orgs.)
Promoção da Saúde: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família, João Leite Ferreira Neto & Luciana Kind
Capitalismo e Saúde no Brasil nos anos 90: as Propostas do Banco Mundial e o Desmonte do SUS, Maria Lucia Frizon Rizzotto
Masculino e Feminino: a Primeira Vez. Análise de Gênero sobre a Sexualidade na Adolescência, Silmara Conchão
Educação Médica: Gestão, Cuidado, Avaliação, João José Neves Marins & Sergio Rego (orgs.)
Retratos da Formação Médica nos Novos Cenários de Prática, Maria Inês Nogueira
Saúde da Mulher na Diversidade do Cuidado na Atenção Básica, Raimunda Magalhães da Silva, Luíza Jane Eyre de Souza Vieira, Patrícia Moreira Costa Collares (orgs.)
Cuidados da Doença Crônica na Atenção Primária de Saúde, Nelson Filice de Barros (org.)
Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: Impasses do Financiamento no Capitalismo Financeirizado, Áquilas Mendes
A Melhoria Rápida da Qualidade nas Organizações de Saúde, Georges Magueréz

SÉRIE "LINHA DE FRENTE"

Ciências Sociais e Saúde no Brasil, Ana Maria Canesqui
Avaliação Econômica em Saúde, Leila Sancho
Promoção da Saúde e Gestão Local, Juan Carlos Aneiros Fernandez & Rosilda Mendes (orgs.)
Ciências Sociais e Saúde: Crônicas do Conhecimento, Everardo Duarte Nunes & Nelson Filice de Barros
História da Clínica e a Atenção Básica: o Desafio da Ampliação, Rubens Bedrikow & Gastão Wagner de Sousa Campos



A Fiocruz é instituição pública e estratégica de saúde para o SUS e para saúde da população brasileira. É uma instituição engajada que direciona seus esforços para integrar as áreas de pesquisa, ensino e serviços de saúde. Estimula constantemente seus trabalhadores a enfrentarem desafios no desenvolvimento de pesquisas científicas que sejam aplicáveis às reais necessidades da sociedade e dos serviços públicos de saúde na tentativa de melhorar a qualidade de vida do brasileiro. Imbuída deste propósito, a experiência de desenvolvimento da Rede PDTSP-Teias no âmbito da Vice Presidência de Pesquisa e Laboratórios de Referência é parte do esforço institucional de contribuir com o desenvolvimento social local.

A complexidade que envolve os aspectos sociais, ambientais e de saúde do Território de Manguinhos transforma a Rede PDTSP-Teias em exemplo pragmático de gestão eficiente de recursos financeiros e humanos voltados para a excelência no desenvolvimento de pesquisas de modo colaborativo entre gestores públicos, sociedade civil e academia. Os relatos das pesquisas apresentadas neste livro são apenas parte de uma gama extensa de resultados alcançados pelos pesquisadores e pela gestão da rede em uma longa e árdua caminhada no processo de desenvolvimento de todo o trabalho. Ao meu ver, a principal contribuição desta iniciativa foi a de agregar diversas produções antes dispersas com vistas a intervir diretamente na melhoria da qualidade de vida e de saúde da população e que poderá servir de modelo para a aplicabilidade em outros contextos sociais. Cada vez mais orgulho de ser Fiocruz.

Rodrigo Stabeli

**Vice Presidente de Pesquisa e Laboratórios de Referência
Fundação Oswaldo Cruz**

