

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

Cíntia Cristina Mariano César

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERRITÓRIO CONFLAGRADO  
PELA VIOLÊNCIA ARMADA:  
o desafio das ações de promoção da saúde no Complexo da Maré.

Rio de Janeiro

2016

Cíntia Cristina Mariano César

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERRITÓRIO CONFLAGRADO  
PELA VIOLÊNCIA ARMADA:  
o desafio das ações de promoção da saúde no Complexo da Maré.

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

Orientadora: Prof. Dra. Grácia Maria de Miranda Gondim

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

C421e César, Cíntia Cristina Mariano  
Estratégia de saúde da família em território  
conflagrado pela violência armada: o desafio das  
ações de promoção da saúde no Complexo da Maré /  
Cíntia Cristina Mariano César. - Rio de Janeiro,  
2016.  
105 f.  
  
Orientador: Grácia Maria de Miranda Gondim  
  
Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
2016.  
  
1. Estratégia de Saúde da Família. 2. Promoção da  
Saúde. 3. Violência Armada. 4. Vulnerabilidade.  
I. Gondim, Grácia Maria de Miranda. II. Título.

CDD 362.82

Cíntia Cristina Mariano César

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERRITÓRIO CONFLAGRADO  
PELA VIOLÊNCIA ARMADA:  
o desafio das ações de promoção da saúde no Complexo da Maré.

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

Aprovada em 03/05/2016

BANCA EXAMINADORA

---

Marize Bastos – Professora, Doutora –ENSP/Fiocruz

---

Mauricio Monken – Professor, Doutor – EPSJV/Fiocruz

*Dedico este trabalho a meus filhos e a todos  
os profissionais de saúde que atuam nas  
favelas cariocas.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço á Deus e a nosso Senhor Jesus Cristo pela inspiração e determinação.

Agradeço a minha mãe, meus filhos e meu marido pela paciência e pelas ausências que se fizeram necessárias para realização deste trabalho.

Agradeço a meus colegas de trabalho pelo apoio e companheirismo.

Agradeço aos profissionais de saúde que contribuíram para a construção deste trabalho.

Agradeço ao Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Dr °. Daniel Soranz pelo apoio, carinho e contribuição.

Agradeço a minha orientadora Grácia Gondim pelas orientações que valeram para este trabalho e para minha vida.

“Não basta ter belos sonhos para realizá-los.  
Mas ninguém realiza grandes obras  
se não for capaz de sonhar grande.  
Podemos mudar o nosso destino,  
se nos dedicarmos à luta  
pela realização de nossos ideais.  
É preciso sonhar,  
mas com a condição de crer em nosso sonho;  
de examinar com atenção a vida real;  
de confrontar escrupulosamente nossa fantasia.  
Sonho. Acredite neles”  
(Lênin)

## RESUMO

O presente trabalho tem origem na inquietação da pesquisadora que como ex-moradora do Complexo da Maré, usuário do serviço de saúde pública no território, passou a gerenciar um Centro Municipal de Saúde em uma das 15 (quinze) comunidades que compõem o Complexo da Maré, passando de usuária à gestora do serviço. O histórico de violência armada do território, que por vezes impedem à realização das atividades cotidianas, aliado a expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro, que teve como locus prioritário as favelas cariocas se configura como desafios a consolidação da prática da Promoção da Saúde por parte dos profissionais da ESF lotadas em territórios conflagrados pela violência armada. Este trabalho teve como propósito analisar a operacionalização das práticas de Promoção da Saúde em territórios conflagrados pela violência armada tendo como estudo de caso a equipe da Estratégia de Saúde da Família Esperança, lotada na Clínica da Família 01, no Complexo da Maré, no período de 2010 à 2014. Para tanto realizamos uma pesquisa documental e um estudo de caso. Através de uma abordagem qualitativa buscamos desvelar as características que a prática de Promoção da Saúde, um dos eixos da Estratégia de Saúde da Família, assume ao ter que organizar e reorganizar, sistematicamente seu processo de trabalho dado o alto índice de violência e criminalidade, além da extrema pobreza presente nas favelas cariocas.

Palavras chave: Estratégia de Saúde da Família. Promoção da Saúde. Violência Armada. Vulnerabilidade.

## **ABSTRACT**

This work stems from the concern of the researcher who as a former resident of Complexo da Maré, the public health service user in the territory, started to manage a Municipal Health Center in one of the fifteen (15) communities that make up the Complexo da Maré , from user will be manager of the service. The history of armed violence in the territory, which sometimes hinder the performance of daily activities, coupled with the expansion of the Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro, which was a priority locus Rio's favelas is configured as challenges to the practice consolidation Health Promotion by the ESF professionals crowded in conflagrados territories by armed violence. This study aimed to analyze the implementation of health promotion practices in conflagrados territories by armed violence taking as a case study Health Strategy Team Hope Family, crowded at the Clinic of Family 01, in the Complexo da Maré, from 2010 will be 2014. Therefore conduct a desk research and a case study. Through a qualitative approach we seek to reveal the features that the practice of health promotion, one of the axes of the Family Health Strategy, assumes the need to organize and reorganize systematically their work process given the high rate of violence and crime, as well extreme poverty present in the shantytowns.

**Keywords:** Family Health Strategy. Health Promotion. Armed Violence. Vulnerability.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Percentual de Cobertura de Assistência Hospitalar e da ESF nas capitais brasileiras (2007-2008).....	53
<b>Quadro 2</b> – Total de unidades inauguradas e reformadas 2009 – 2014 – Município do Rio de Janeiro.....	55
<b>Quadro 3</b> – Unidades de Saúde da Família no Complexo da Maré, por unidade de saúde, tipo, número de equipes ESF e ESB e ano de criação.....	62
<b>Quadro 4</b> – A CF 01 em números .....	67
<b>Quadro 5</b> – Usuários cadastrados na CF 01 – julho de 2014 .....	75
<b>Quadro 6</b> – Usuários cadastrados na CF 01 em julho de 2014 .....	76

## LISTA DE MAPAS

<b>Mapa 1</b> – Complexo da Maré – divisão por comunidade.....	61
<b>Mapa 2</b> – Ocupação pelas forças de pacificação – Complexo da Maré .....	63
<b>Mapa 3</b> – Limites do território da CF 01 .....	64
<b>Mapa 4</b> – Morro do Timbau.....	68
<b>Mapa 5</b> – Comunidade Baixa do Sapateiro .....	69
<b>Mapa 6</b> – Conjunto Bento Ribeiro Dantas.....	69
<b>Mapa 7</b> – Comunidade Nova Maré.....	70
<b>Mapa 8</b> – Delimitação das equipes ESF na CF 01 no Complexo da Maré.....	75

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Tempo de atuação na CF 01 .....	77
<b>Gráfico 2</b> – Profissionais residentes no Complexo da Maré.....	78
<b>Gráfico 3</b> – Responsáveis pela interrupção do serviço de saúde em decorrência da violência – visão dos usuários .....	79
<b>Gráfico 4</b> – Por que morar e trabalhar na Maré? .....	80
<b>Gráfico 5</b> – Por que trabalhar na Maré sem morar no território? .....	80
<b>Gráfico 6</b> – Entendimento sobre Promoção da Saúde – usuários.....	85

## LISTA DE FOTOGRAFIAS

<b>Fotografia 1</b> – Crianças e adolescentes se protegendo de tiros dentro de sala de aula no Complexo da Maré .....	58
--	----

## LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção básica á saúde  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
ADA – Amigo Dos Amigos  
AIS – Ações Programáticas da Saúde  
APS – Atenção primaria da saúde  
CAP – Coordenadoria de ações programáticas  
CF – Clinica da Família  
CICV – Comitê Internacional da Cruz Vermelha  
CIEP – Centros Integrados de Educação Pública  
COHAB – Companhia de Habitação Popular  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CV – Comando Vermelho  
DIU – Dispositivo Intrauterino  
DST – Doença Sexualmente Transmissíveis  
EDI – Espaço de Desenvolvimento Infantil  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Publica  
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
ESB – Equipe de Saúde Bocal  
FMI – Fundo Monetária Internacional  
FMS – Fundo Nacional de Saúde  
GM – Governo Municipal  
HIV – Vírus da imunodeficiência humana  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde  
OSS – Organização Social da Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PIB – Produto Interno Bruto  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNS – Programa Nacional de Saúde  
PSE – Programa de Saúde na Escola  
PNPS – Política Nacional de Promoção a Saúde  
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família  
PSF – Programa da Saúde da Família  
RA – Região Administrativa  
RJ – Rio de Janeiro  
SERFHA – Serviço Especial de Recuperação de Favelas e Habitações  
SISREG – Sistema Nacional de Regulação  
SUBPAV – Subsecretaria de Atenção Primária, vigilância e Promoção da Saúde  
SUDS – Sistema unificado e descentralizado de saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TC – Terceiro Comando  
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido  
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância  
VOM – Vila Olímpica da Maré

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 OBJETIVOS .....	20
1.1.1 Objetivo Geral .....	20
1.1.2 Objetivos Específicos .....	20
1.2 METODOLOGIA.....	20
1.2.1 Procedimentos .....	21
1.2.2 Análise dos Dados .....	22
1.2.3 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	23
<b>2 O SUS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE: na contramão do neoliberalismo</b> .....	24
2.1 DA REFORMA SANITÁRIA AO SUS .....	24
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE.....	27
2.3 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E O DESAFIO DA INTEGRALIDADE.....	29
2.4 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	36
<b>3 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE</b> .....	42
3.1 A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	44
<b>4 O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: as favelas cariocas – riscos e possibilidades</b> 49	
4.1 A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO .....	52
4.1.1 Os desafios de promover saúde em territórios conflagrados e de extrema vulnerabilidade social: um olhar sobre o Complexo da Maré .....	55
4.1.2 A Clínica da Família 01.....	63
<b>5 PROMOÇÃO DA SAÚDE: ampliando o olhar sobre os riscos e vulnerabilidades – alguns resultados</b> .....	77
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	87
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	90
<b>APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO (Gestor da CF)</b> .....	97
<b>APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO (Profissional da ESF)</b> .....	100
<b>APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO (Usuário)</b> .....	103

## 1 INTRODUÇÃO

“Todo dia o sol da manhã  
Vem e lhes desafia  
Traz do sonho pro mundo  
Quem já não o queria  
Palafitas, trapiches, farrapos  
Filhos da mesma agonia...”

(Alagados, Paralamas do Sucesso)

O presente trabalho foi proposto por inquietação da pesquisadora sobre as condições de vida e os cenários das práticas de promoção da saúde, desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família em comunidades vulnerabilizadas pela violência armada, na cidade do Rio de Janeiro.

Nascida no Complexo da Maré pude vivenciar, como moradora e usuária do serviço público de saúde, a relação entre vulnerabilidade social, violência armada e dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde e assistenciais. Esta situação inquietante acontecia, ao tempo em que, convivíamos próximo a dois centros de produção de saberes, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esses mundos vizinhos, mas separados, incomodavam! Indagava como dois lugares tão próximos ao Complexo da Maré podiam estar tão distantes da realidade de quem vive neste território. O cenário conflituoso no qual estava imersa, motivou àquela época acessar esses mundos distantes em busca do conhecimento e da vida acadêmica, como estratégia de superação das dificuldades vivenciadas na Maré.

Estudei Serviço Social na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e por meio do ingresso profissional em uma Organização Social de Saúde, passei de usuária à gestora de uma unidade de Saúde da Família no Complexo da Maré. Esta nova situação possibilitou cursar Especialização em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e, atualmente, ingressar no Mestrado Profissional em Educação em Saúde na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) ambas da Fundação Oswaldo Cruz.

Hoje, na condição de pesquisadora, tenho a oportunidade de trazer para a academia discussão sobre a realidade cotidiana de profissionais de saúde, que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família, localizadas em espaços favelados e vulneráveis, que precisam conviver com a violência armada, para desenvolver suas atividades de proteção, promoção e assistência a pessoas, famílias e coletivos.

O processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município do Rio de Janeiro trouxe em seu bojo algumas questões importantes como à sua implantação em áreas vulneráveis e violentas. Este impôs o desafio de promover saúde em ambientes multifacetados, carentes de adequadas condições relacionadas à paz, habitação, educação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A ausência ou precariedade desses elementos essenciais à vida social se caracterizam como determinantes sociais que podem aumentar a vulnerabilidade para a ocorrência de doenças características de populações submetidas a precárias condições de vida. Neste contexto, a gestão e organização do processo de trabalho, se apresentam como grande desafio a qualidade, a integralidade da assistência e a produção do cuidado que são pressupostos centrais para a efetivação da ESF.

Ao propormos como objeto de estudo deste trabalho “as práticas de promoção da saúde em territórios conflagrados e de extrema vulnerabilidade social”, reafirmamos a importância do lugar, para desvelar os contextos de vida local, para avaliar as condições de vida e a situação de saúde da população. O território e suas relações evidenciam por meio da organização social os determinantes e condicionantes que influenciarão no processo de adoecer ou preservar a saúde (COSTA & CARBONE, 2009).

Nesse sentido, na delimitação do objeto, consideramos para a nossa pesquisa os lugares (territórios) onde tradicionalmente são percebidas condições inapropriadas e desprovidas de serviços básicos que poderiam garantir qualidade de vida e cuidados de saúde efetivos. Pois, em nossa percepção, são localidades que reúnem características diferenciadas e, por essa razão, exigem a alocação de unidade de saúde e uma equipe multiprofissional com olhar ampliado sobre os problemas e as necessidades dos indivíduos e dos grupos sociais que ali vivem e trabalham.

O presente trabalho ao analisar a prática da Promoção de Saúde nesses espaços buscará contribuir para o entendimento dos desafios (riscos e vulnerabilidades) para a consolidação da ESF e ainda buscará trazer elementos, baseado na vivência de uma equipe de Saúde da Família da Clínica da Família 01, no Complexo da Maré, na cidade do Rio de Janeiro, que possibilitam a discussão, o entendimento e a análise deste processo visando coadjuvar para a formulação de novas metodologias de intervenção.

O Rio de Janeiro é a segunda cidade mais populosa do Brasil com aproximadamente 6.323.037 habitantes residindo 100 % na área urbana, segundo censo realizado pelo IBGE no ano de 2010. Detentora do segundo maior PIB do país e do 30º maior do mundo tem, no entanto, grande número de favelas que exemplifica a extrema desigualdade social

encontrada em seus múltiplos territórios.

Considerando esses aspectos, as favelas cariocas passaram a sofrer, nos últimos 40 anos, diversas intervenções por parte das três esferas governamentais, desde ações policiais e militares de combate ao tráfico de drogas e a violência armada, passando pela oferta de assistência social, educação e saúde.

Dentre as principais intervenções de saúde sob a responsabilidade da gestão municipal destacamos a expansão da Estratégia Saúde da Família em 2009. Neste período o município apresentava cobertura de 3.3%, a menor dentre os demais municípios do Estado. A iniciativa, para além de ampliar a oferta de atenção à população desses territórios vulneráveis, voltava-se também para melhoria das condições de vida pela identificação e intervenção sobre os determinantes sociais da saúde.

O Complexo da Maré é um exemplo de território conflagrado pela violência armada e de extrema vulnerabilidade social. Possui população estimada de 129.700 habitantes e índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) de 0,722, situando-o na 123ª posição dentre os 126 bairros do Rio de Janeiro (IBGE, Censo 2010, 2000). Tornou-se bairro por meio do decreto n° 7.980 de agosto de 1988. Apesar da inserção formal no estatuto da cidade, questões relativas à falta de infraestrutura e violência fazem parte de seu cotidiano.

Maré, como é chamada popularmente, está situada na zona norte do Rio de Janeiro, na XXX RA (30ª Região Administrativa), sob a responsabilidade sanitária da Coordenação de Área Programática – CAP 3.1. Em janeiro de 2015 a Maré comportava 36 equipes de Saúde da Família completas (com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) atingindo cobertura de 82 % da população (SUBPAV/2015). No entanto, este quadro de equipes completas oscila pela dificuldade de manutenção de algumas categorias profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, devido à violência armada.

Para o desenvolvimento desse estudo se fez necessário analisar o processo de construção e organização do SUS e as Políticas Nacional de Saúde e de Promoção da Saúde, para compreender como estão sendo operacionalizadas no contexto de expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro, considerando os diversos processos de vulnerabilização trazidos pela violência armada nas favelas cariocas, entre 2010 a 2014.

A base empírica da pesquisa foi uma equipe da ESF que chamamos de Esperança dentre as seis equipes da Clínica da Família 01, unidade de saúde no Complexo da Maré estruturada no modelo para implementação da Estratégia de Saúde da Família, adotado em

2009.

Para tanto, partimos do pressuposto que as práticas da promoção da saúde assumem características diferenciadas das preconizadas pela ESF, quando implantadas em territórios conflagrados e de extrema vulnerabilidade social. Na identificação e análise dessas práticas na unidade de saúde selecionada, recorreremos ao referencial crítico dialético como forma de desvelar a realidade.

Com efeito, o ‘método das duas vias’ – ida e volta, indicado por Marx configura-se na maneira que o intelecto encontrou para desvendar, no plano da subjetividade, as exigências históricas e ontológicas postas pela própria realidade, seja na dimensão da singularidade, da universalidade e da particularidade. (GRAVE, 2004, p. 16)

Desse modo, conhecer a realidade implica em caminhar da “[...] *caótica representação do todo...*” a “[...] *rica totalidade da multiplicidade das determinações e das relações...*” (KOSIK, 1986, p. 30). Vemos que o método marxiano oferece elementos capazes de conhecer em profundidade os contextos de vida, e somente por intermédio do conhecimento, o homem se torna apto a chegar à essência dos fenômenos e agir teleologicamente sobre o real modificando-o.

Para melhor situar as opções teórico-conceituais desse estudo fez-se necessário nessa introdução destacar alguns conceitos centrais utilizados para o entendimento do objeto e consecução dos objetivos proposto.

Nesse caso, o objeto desse estudo tratará o tema da vulnerabilidade referindo-se à população que convive com desigual acesso aos serviços de saúde devido às suas condições de vida precárias. Portanto, entendida como:

[...] um qualitativo, ou seja, envolve as qualidades intrínsecas (do lugar, das pessoas, da comunidade, dos grupos demográficos) e os recursos disponíveis (na forma de ativos) que podem ser acionados nas situações de necessidade ou emergência. Assim, tanto o contexto social quanto o geográfico possuem atributos que fornecem elementos para pessoas e lugares estabelecerem seus sistemas de proteção. A relação entre o coletivo (o que não está no alcance direto de intervenção individual, pois é produzido socialmente e historicamente) e o particular (aquilo que pessoas e lugares podem construir de forma direta) é uma chave importante para compreender o desenho das diferentes vulnerabilidades. (MARANDOLA Jr & HOGAN, 2008, p. 6)

A promoção da saúde como outro conceito relevante que transversaliza toda a estrutura deste trabalho sendo entendida como:

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e

grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (OTTAWA, 1986).

Consubstanciando os dois conceitos centrais, trazemos a noção e a abordagem do território, como conhecimento necessário para o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde das populações do Complexo da Maré - contexto de análise e estudo de caso da pesquisa de campo -, e para o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde.

A noção de território tem muitos significados, é polissêmica. Porém, para este trabalho tomamos por base o conceito cunhado pelo geógrafo brasileiro Milton Santos e incorporado no campo da saúde por pesquisadores, com os quais nos identificamos.

SANTOS (1978, p. 145) inicia sua conceituação afirmando que o espaço é organizado pelo homem, e como tal se caracteriza “[...] como as demais estruturas sociais, uma estrutura subordinada-subordinante. E como as outras instâncias, o espaço, embora submetido à lei da totalidade, dispõe de uma certa autonomia, e complementa “a utilização do território pelo povo cria o espaço”.

Para o autor o território tem limites e sofre mudanças ao longo da história, por isso é antecessor do espaço. Como representação do espaço geográfico é mais amplo e complexo, e pode ser compreendido como um sistema indissociável de sistemas de objetos e ações, cuja instância social é uma expressão concreta e histórica. Portanto, é delimitado, construído e desconstruído por relações de poder que envolvem um conjunto ampliado de atores sociais que territorializam suas ações com o passar do tempo. No entanto, essa delimitação pode ser pouco precisa e mudar com a história, bem como pode abrigar um conjunto diversificado e mutável de relações sociais num jogo de poder permanente e muito complexo (SAQUET & SILVA, 2008).

Se junta ao conceito de território, o qualificativo ‘conflagração’, entendido como estado de permanente conflito, de insurreição iminente, que permeia a vida das pessoas e grupos que vivem e trabalham em lugares vulneráveis e de exceção nas grandes cidades, em decorrência da violência urbana e do tráfico que criam relações sociais pautadas no medo, no desamparo, na anomia e na baixa confiança entre os membros de uma população.

Essa dissertação será apresentada por blocos de temas. No primeiro discorreremos sobre o processo de construção do Sistema Único de Saúde e a conjuntura histórica que

possibilitou a garantia de suas bases na Constituição Federativa do Brasil de 1988 e a contramão desse processo trazida pela ofensiva neoliberal na década de 90. Para embasar teoricamente esta discussão utilizamos entre outros autores CHIORO&SCAFF (1999), MATTOS (2001, 2003, 2009), PAIM (2008, 2009), TEIXEIRA (2003, 2005), TEIXEIRA&SOLLA (2006) no sentido de entendermos o processo de mobilização popular e os atores envolvidos no movimento de Reforma Sanitária, formulação do SUS.

No primeiro bloco destacaremos no tópico primeiro a importância das conferências internacionais de saúde com destaque para Alma-Ata na construção dos princípios e diretrizes do SUS. A Política Nacional de Saúde (PNAB) – Lei N.º 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. O propósito deste bloco é problematizar as questões das políticas de saúde e as propostas de organização da atenção em âmbito nacional à luz das transformações impostas pelo neoliberalismo, com a inserção de mecanismo políticos-gerenciais que diminuem o papel do Estado na provisão dos direitos inscritos na Carta Magna.

Os dois últimos tópicos tratam da opção do Estado brasileiro em adotar a Estratégia de Saúde da Família como modelo prioritário para implementação da Atenção Primária, inicialmente na modalidade seletiva e focal para em seguida expandi-la de forma abrangente e integral. E ainda a dificuldade da integralidade neste modelo de atenção, destacando os desafios das equipes de saúde da ESF ao se organizar e se reorganizar em face as vulnerabilidades encontradas no cotidiano do trabalho no território.

Para esse recorte utilizaremos STARFIELD (2002), PINHEIRO & MATTOS (2003); MATTOS (2004); para traçarmos uma breve discussão sobre integralidade, BAPTISTA (2007); no sentido de entender o porquê da adoção da ESF como prioritária na reformulação da Atenção Primária (GIOVANELLA&MACHADO, 2009), e na discussão de território e vulnerabilidade recorreremos a SANTOS (1978); HAESBAERT (2006;2008); GONDIM (2011); GONDIM & MONKEN, (2008); MONKEN (2008); MONKEN & BARCELLOS (2006); SAQUET & SILVA (2008), HOGAN & MARANDOLLA (2008).

O segundo bloco realiza uma análise da Política Nacional de Promoção da Saúde, redefinida pela Portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014, destacando o processo de construção da mesma tendo por base a conferência de Ottawa (1986), autores como SUTHERLAND & FULTON APUD BUSS, 1999; BUSS & FERREIRA, 2000; BUSS 2000,

2003. Trazendo ainda a importância da Promoção da Saúde na Estratégia de Saúde na Família para efetuar mudanças nas práticas locais.

O terceiro bloco traz o processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família em curso no Município do Rio de Janeiro desde 2009 onde a cobertura era de 3,3 %, a menor entre as capitais brasileiras. Destacando a “opção” do Município do Rio de Janeiro em iniciar a implementação da ESF em áreas vulneráveis pela pobreza e violência. Este capítulo tem por propósito apresentar os desafios encontrados pelos profissionais de saúde de uma equipe da ESF para implementação da prática da Promoção da Saúde, um dos eixos da ESF, ao ter que se organizar e reorganizar tendo por base a extrema vulnerabilidade social e violência neste espaço. Para tanto, realizaremos um breve do histórico do processo de favelização do Rio de Janeiro com BURGOS (1998) analisando as intervenções do Estado, através da adoção de políticas públicas que visavam uma integração dos favelados ao asfalto, ZALUAR (1998), SANTOS (1978) E MONKEN & BARCELLOS (2005) E BARCELLOS (2000) com o conceito de território entre outros em análise.

O quarto bloco traz na visão de profissionais e usuários como a violência armada interfere na prática da promoção da saúde no cotidiano profissional. Neste bloco são apresentadas falas de profissionais e usuários demonstrando como a violência armada está presente e é considerada na formulação das ações das equipes. A promoção da Saúde, um dos eixos da ESF, é apresentada como instrumento importante no processo saúde-doença / doença-saúde.

A conclusão do trabalho apresenta as estratégias de intervenção encontradas pela equipe de ESF analisada, destacando os desafios postos na execução de suas práticas profissionais cotidianas e trazendo subsídios teóricos e metodológicos que subsidiem a melhoria desta intervenção para esta e para outras equipes da ESF lotadas em territórios com extrema vulnerabilidade social e conflagrados pela violência. Utilizaremos algumas referências importantes para refletir sobre as formas de comunicação para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, em especial em territórios conflagrados e de extrema vulnerabilidade social, como CUNHA et AL 2015; CUNHA, 2005, 2010; BRANDÃO, VASCONCELOS, 2014.

Para atender os objetivos apontados para o estudo utilizou-se metodologia qualitativa e desenho de estudo adequados à esse fim.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as práticas de promoção da saúde operacionalizadas na atenção básica por uma equipe da estratégia de saúde da família no Complexo da Maré-RJ.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

1. Descrever o sistema de saúde e o modelo de organização dos serviços adotado no município do Rio de Janeiro;
2. Identificar as práticas de Promoção da Saúde desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família Esperança, da Clínica da Família “01” no Complexo da Maré;
3. Mapear obstáculos (riscos e vulnerabilidades) às práticas de Promoção da Saúde da equipe de Saúde da Família Esperança da Clínica da Família “01” no Complexo da Maré RJ;
4. Verificar a relação entre violência armada e aumento da demanda espontânea no território;

## 1.2 METODOLOGIA

Entendemos que a metodologia, segundo Minayo (2014), é uma sistemática voltada para abordar a realidade e a opção metodológica de uma pesquisa. A mesma está de forma intrínseca vinculada à visão social de mundo do pesquisador e aos recortes epistemológicos, temporal e espacial, que seleciona para elaborar e sistematizar os fatos da realidade.

Partindo desse pressuposto realizamos um estudo descritivo de abordagem qualitativa, através de análise documental e um estudo de caso que segundo Yin (2005) é um tipo de delineamento adequado a questões do tipo ‘como’ e ‘porque’, onde o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e o objeto de estudo que se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em contextos reais. Este tipo de estudo é de forte cunho descritivo, em um primeiro momento, o investigador não modifica a situação observada, mas busca compreendê-la tal como é. Para tanto necessita realizar uma descrição profunda – factual sistemática e literal, e o mais fiel possível do seu objeto de estudo.

O objeto de pesquisa de um estudo de caso pode ter diferentes recortes, desde um

território, uma equipe de saúde até um conjunto de serviços dentro de um sistema de saúde. Embora seja eminentemente descritivo, é de alcance analítico profundo, por interrogar a situação observada, confrontando-a com outras situações já conhecidas e com as teorias existentes. Desse modo, pode contribuir elaboração de novas questões e novas teorias e futuras investigações (DESLANDES & GOMES, 2004).

Para este estudo trabalhamos com profissionais de saúde inseridos na ESF lotados no Complexo da Maré, definimos através de um sorteio simples, pela equipe da ESF “Esperança”, uma das seis equipes lotadas na Clínica da Família “01”. A equipe “Esperança” nos possibilitou mergulhar com maior propriedade na dinâmica social de uma comunidade conflagrada pela violência armada e com alto índice de vulnerabilidade social. O território adstrito da equipe, a experiência e vivência trazida por profissionais que compõem a equipe, a ótica da gestão da CF 01 e a fala dos usuários da unidade aliados a análise do seu processo de formação daquela comunidade, histórico de violência urbana e carência de acesso a serviços de saúde em diversos níveis, centrando na atenção básica contribuíram para o entendimento dos objetivos propostos para elaboração deste trabalho.

O processo de encaminhamento deste trabalho nos possibilitou analisar as dificuldades impostas pela violência armada para a prática da promoção da saúde a partir da concepção por parte de profissionais e usuários acerca da Estratégia de Saúde da Família (pressupostos e delineamento), de promoção da saúde (conceitos estruturantes e estratégias de implantação) e de resolutividade (integralidade e coordenação).

### 1.2.1 Procedimentos

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio sob o CAE nº 51215815.90000.5241, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para aprovação e liberação da pesquisa de campo na CF 01. A aprovação ocorreu em março de 2015 sob o CAE nº 51215815.93001.5279, após a aprovação foi realizado contato por e-mail com a gerente da CF para agendamento das entrevistas, o projeto aprovado foi enviado por e-mail.

Aconteceram três encontros sendo dois com profissionais da equipe e usuários e um com a gestora da CF para realização das entrevistas. Todos os membros da equipe, com exceção de uma agente comunitária de saúde de licença médica por tempo indeterminado, todos os entrevistado assinaram o TCLE (apêndices X e X), garantindo o sigilo das

informações.

A pesquisa com a gestora ocorreu na sala da administração e mesmo o fato da pesquisadora também trabalhar na gestão no mesmo território não pareceu influir nas respostas da gestora da CF 01. As entrevistas com os profissionais ocorreram nos consultórios das equipes e o fato destes estarem falando para uma pesquisadora imersa na realidade cotidiana deles trouxe uma aparente segurança e tranquilidade por parte da equipe. As entrevistas com os usuários ocorreram na sala de espera da CF e o fato da pesquisadora ser gestora de outra unidade no território não questionado ou percebido pelos usuários. Em um dos encontros havia confrontos armados entre policiais e traficantes em duas comunidades da Maré devido a incursão policial, a CF estava com as atividades normais (verde), porém era visível a redução no número de pacientes circulando na unidade e no entorno. Naquele dia quatro unidades da Maré não puderam funcionar devido confronto, inclusive a que a pesquisadora gerencia.

Fora feitas entrevistados profissionais que compõem a equipe da ESF - Esperança (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliar de saúde bucal); gerente da unidade e entrevistas um usuário por microárea – totalizando 06 usuários. Os usuários foram escolhidos de forma aleatória no acolhimento da unidade em dois dias. As entrevistas foram semiestruturadas.

### 1.2.2 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada através do método de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), esta consistiu na preparação dos dados para análise.

As entrevistas foram transcritas em sua totalidade, tendo sido realizada leitura individual de cada entrevista, esta primeira leitura pode ser caracterizada como leitura flutuante, posto que permitiu constatar a existência de falas comuns sobre o entendimento da proposta da promoção da saúde trazida pela PNPS por parte dos profissionais e usuários, entre outras análises. Os tópicos encontrados foram colocados em quadros, neste uma coluna correspondente a cada pergunta realizada e as respostas dos entrevistados, para melhor visualização, onde o conteúdo das colunas foram retirados de cada entrevista, permitindo maior e melhor visualização para a constatação de convergência no material coletado, ressaltamos que as entrevistas foram coletadas separadamente.

As colunas também foram separadas entre profissionais de nível médio, profissionais de nível superior e usuários, porém sem cruzamento por profissão, no caso da equipe

analisada e equipe correspondente no caso dos usuários, em razão do tempo disponível para a conclusão deste trabalho. No entanto, esta divisão possibilitou a análise cruzada entre profissionais de nível superior e profissionais de nível médios e profissionais da equipe Esperança e usuários da CF 01.

Os quadros forneceram a base para a extração das categorias analisadas, foram consideradas a totalidade das entrevistas. Segundo Bardin (1977), a categorização permite o favorecimento de uma representação simplificada dos dados brutos da pesquisa, permitindo a formulação de hipóteses a partir destes dados. Neste sentido, as categorias são classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico e o agrupamento das falas ocorrem em razão das palavras e sentidos comuns entre elas.

### 1.2.3 Aspectos Éticos da Pesquisa

Os entrevistados (profissionais e usuários) foram informados quanto ao objetivo da pesquisa e aceitaram fazer parte da mesma. Foram respeitadas as todas as exigências estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação nos comitês internos o mesmo foi submetido ao comitê de ética da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro/Secretaria Municipal de Saúde.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

## **2 O SUS E AS POLITICAS DE SAÚDE: na contramão do neoliberalismo**

### **2.1 DA REFORMA SANITÁRIA AO SUS**

O Sistema de Saúde no Brasil vem apresentando transformações profundas desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Até então era conduzido de forma conjunta pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Previdência Social através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Com caráter contributivo, onde os direitos aos serviços de saúde estavam atrelados à condição de trabalhador formal e aos seus dependentes declarados. Na verdade a nova conformação, pós CF, já vinha sendo traçada pelo Movimento de Reforma Sanitária, surgido na década de 80, que defendia a saúde como direito social e dever do Estado. Outro marco importante para se entender à conformação da saúde no Brasil nos anos seguintes foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986.

O movimento de Reforma Sanitária teve início no meio acadêmico ainda na década de 70, foi apoiado pela sociedade, por partidos políticos, instituições religiosas, associações profissionais, sindicatos e população usuária dos serviços de saúde, estudantes universitários e outros intelectuais que reivindicavam ainda o fim da ditadura e a democratização do Brasil. Neste período, segundo BRAVO (1996), o contexto econômico brasileiro se configurava com um aprofundamento da dívida externa, aumento da inflação, recessão econômica, responsáveis pelo desemprego em massa e consequente pauperização da classe trabalhadora, além do crescimento da mortalidade infantil e da morbidade por doenças infecto contagiosas. Este cenário foi agravado pelo crescimento da violência urbana. O quadro era de crise sanitária, mas dois grandes problemas políticos precisavam ser contornados, a insatisfação no seio das classes dominantes e a diminuição das tensões sociais entre Estado e classes trabalhadoras. Estava inaugurado um quadro de insatisfação popular e uma pressão dos organismos internacionais pelo fim do regime ditatorial e abertura do mercado (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986; CORDEIRO, 1982 apud BRAVO, 1996).

Esses acontecimentos ocasionaram desgastes para o sistema. Os movimentos operários e populares emergiam, havia uma insatisfação em grandes setores (camadas médias urbanas e pequena burguesia) e segmentos das Forças Armadas, da burocracia, da tecnocracia e da Igreja, o que se caracterizou como uma crise social e política. Diante desta situação, o Estado burocrático – autoritário precisou se recriar, dando início a uma liberação em que a reativação da política foi essencial para a estratégia do regime, sem alterar substancialmente o modelo. As principais medidas iniciais tomadas por Geisel foram no sentido de contenção do sistema

repressivo. (Bravo, 1996, p. 35)

Em decorrência deste cenário e da forte repressão do Estado ditatorial os movimentos populares começaram a se organizar de forma mais efetiva fora dos grandes centros, às reuniões com a população aconteciam em espaços cedidos pela população, em praças entre outros espaços improvisados. Com a crescente organização o movimento intitulado de Reforma Sanitária motivou várias iniciativas como simpósios sobre a Política Nacional de Saúde, iniciados ainda na década de 70. Mas o grande determinante para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que tinha como tema “Democracia é Saúde” constituindo-se como importante fórum de luta pela descentralização e democratização da saúde e por políticas sociais de valorização da vida.

Esta Conferência contou com ampla participação popular no sentido de discutir novas propostas de intervenção no campo da saúde pública, uma delas – a instituição de um sistema único de saúde foi parcialmente contemplada pela criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), antes mesmo da promulgação da Constituição Federal de 1988. Como modelo transitório, ainda sob o comando do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). deu início ao processo de descentralização e preparou as bases para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988.

[...] criado o SUDS, em julho de 1987, com o fim das Ações Integradas de Saúde (AIS's) [...] incorporou os princípios da reforma sanitária: universalização, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização, democratização das instâncias gestoras, etc. [...] apresentou dois momentos distintos - até o final da gestão de Hésio Cordeiro (87-88), quando se observa a tentativa de preparar a transição para o Sistema Único de Saúde (desconcentração para estados e municípios, fortalecendo o setor público; desestabilização do INAMPS; enfraquecimento do setor privado e privilegiamento do filantrópico), e até o final do governo Sarney (89- 90), com ação contrária, estabelecendo-se intensa disputa dentro do governo (MS x MPAS) e entre os defensores da reforma sanitária e seus opositores. (Chioro&Scaff, s/p, 1998)

Desse modo, o SUDS não conseguiu desmontar o processo de estadualização das estruturas centralizadas do INAMPS e articular-se ao movimento de municipalização da saúde. Contudo, apresentou simultaneamente, alguns efeitos positivos inesperados e vários erros de percurso, configurando-se, no curto espaço de tempo de sua vigência, como mais uma reforma administrativa que não teve êxito em transformar positivamente o sistema nacional de saúde.

Mesmo em um contexto pouco favorável e confuso foi iniciado o processo de descentralização e preparação das bases para a constituição/estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90. Os princípios norteadores do SUS são universalidade, integralidade, equidade, descentralização e comando único, resolutividade, regionalização e hierarquização e participação popular, assegurados no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. As leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 trataram, respectivamente, da descentralização das competências entre as diferentes esferas do governo e da organização do sistema, e da participação da comunidade e dos mecanismos de transferência de recursos financeiros aos estados e municípios pelo governo federal.

Destaca-se que a transição dos anos 80 para os anos 90 apresenta, na contramão do esperado pelo movimento de redemocratização, uma tendência mundial de diminuição da participação do Estado na dinâmica econômica social, o projeto neoliberal.

Neste contexto, as políticas sociais perdem o caráter de direito social e ganham o status de respostas as carências individuais. Essas se apresentam como necessárias para garantir a manutenção da ordem e dispor de um exército de trabalhadores “capazes” de ter sua força de trabalho expropriada pelo capital. Esse modelo, concebe e trata a pobreza como debilidade individual, e transfere para o indivíduo a “culpa” pelo *status quo*, retirando do centro da discussão a ideia de classes sociais antagônicas e de direito social (HARVEY, 2008).

Com essa “verdade inventada” e com o esvaziamento do sentido de classe social caberia ao indivíduo se submeter a ordem vigente. Ainda de acordo com o autor, a teoria neoliberal apresenta como pressupostos básicos para o funcionamento da sociedade a centralidade na liberdade individual e no mercado. Neste contexto cada indivíduo é responsável pelas suas escolhas, ações e bem estar. Na teoria neoliberal a competição é estimulada, sendo essencial ao desenvolvimento, no entanto é posto que este processo deve ocorrer de forma natural, cabendo ao Estado criar regras que sirvam de “base de competição de mercado” sendo chamado a intervir, inclusive com o monopólio da violência, para impor (garantir) o processo ou inventar sistemas de mercado (HARVEY, 2008).

Com base neste novo cenário político e social, observou-se no contexto mundial e com forte reflexo no Brasil, uma crise na saúde pública, em face a incapacidade da maioria das sociedades em promover e proteger a saúde de seus cidadãos (OPAS, 1992, 1993).

No entanto, não se pode negar que no Brasil através da Constituição Federal de 1988, avanços significativos em relação à saúde pública ocorreram relacionados à possibilidade de acesso a serviços de saúde por toda a população, independente de estarem

ou não inseridos no mercado formal de trabalho. Esta formalização do acesso, no entanto, não foi acompanhada pelo aumento dos equipamentos de saúde e a qualificação de sua força de trabalho para receber um grande contingente populacional. Para tanto, fez-se necessário, após a promulgação da Carta Magna, a instituição de políticas, programas, projetos e normativas, no sentido de apropriar o novo sistema de saúde às reais necessidades de seus usuários.

Desse modo, a constituição do SUS retoma os ideais propostos em Alma-Ata ao conceber saúde como um compromisso entre Estado e sociedade, retirando a exclusividade do cuidado ao nível individual e o foco da atenção ao campo biomédico através de práticas e intervenções descentradas da doença para situar a saúde sob a ótica da qualidade de vida. Essa concepção ampliada de saúde orienta o processo de trabalho e as ações a serem desenvolvidas pelo sistema de saúde, em particular, aquelas sob a responsabilidade da Atenção Primária, foi a base para a organização da Atenção à Saúde no SUS.

O novo ordenamento jurídico-político apontava para a necessidade de outro arranjo institucional e organizacional, por meio da redefinição de estratégias e serviços, onde a prevenção e a promoção passassem a se configurar como elementos centrais, tão importantes quanto às práticas de recuperação da saúde. Para promover saúde tornou-se exigência a incorporação e valorização de outros saberes, sujeitos e setores, de modo a efetivar um conjunto de ações interdisciplinar, e multidisciplinar e intersetorial.

## 2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A Política Nacional de Saúde (PNS) dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Esta política regula em todo território nacional as ações e serviços de saúde, garantindo como dever do Estado promover e proteger a saúde da população, no que tange a formulação e execução de políticas que visem à redução dos riscos e vulnerabilidade. Entendendo que a saúde apresenta fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Esta política estrutura o SUS em três esferas governamentais por meio de instituições públicas federais, estaduais e municipais, responsáveis ao nível de suas responsabilidades, em prover a atenção e o cuidado em serviço com níveis crescentes de complexidade (atenção primária, secundária e terciária), de modo a cumprir com os preceitos da universalidade, integralidade e equidade.

A PNS regulamenta a o SUS através da lei orgânicas n ° 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõem sobre a organização, direção e da gestão do SUS; das competências e atribuições das três esferas governamentais; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência a saúde; da política de recursos humanos e dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e orçamento. A lei em seu parágrafo único afirma que,

[...] O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Esta lei sofreu vetos em questões relevantes de interesse popular e somente após reivindicações a participação comunitária foi garantida com a criação da lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e normatiza os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, nas três esferas governamentais.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Os Conselhos de Saúde são órgãos que possuem a competência de fiscalizar a implantação e utilização dos recursos de forma geral e as Conferências de Saúde são responsáveis pela formulação de novas propostas para o Sistema Único de Saúde, estas devem acontecer em âmbito distrital, municipal, estadual e Federal com regularidade de quatro anos.

Os parágrafos únicos (§) 3, 4 e 5 trazem respectivamente que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) terão representação no Conselho Nacional de Saúde, com a participação paritária de usuários:

A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos e que as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. (MS,1990).

A importância histórica de garantir a participação da população nos conselhos e

conferências de saúde permitiu, naquele momento de forma inédita e ainda hoje de forma sistemática, o direito a voz e ao voto dos usuários dos serviços, na perspectiva de assegurar, pelo menos na forma da lei, a qualidade e a adequação dos mesmos aos problemas e necessidades da população. Cabe refletir, de que forma esses conselhos são organizados, como se dá a participação dos usuários e suas lideranças e quais os espaços reais de intervenção popular nos caminhos do sistema.

### 2.3 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E O DESAFIO DA INTEGRALIDADE

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil representa um marco referencial para a organização dos serviços por se constituir dentro de uma lógica conceitual como uma das principais propostas alternativas de mudança ao modelo assistencial.

Atenção primária refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominado de atenção básica à saúde (ABS). Nos dias atuais, a atenção primária à saúde é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão. (Giovanella & Mendonça, 2009, p.575).

Desse modo, a APS se caracteriza como um serviço ambulatorial de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, voltado para atender a um conjunto mais geral e comum queixas e resolver grande parte dos problemas e das necessidades de saúde de uma população em um território bem definido. No entanto, essa noção mais brasileira, nem as demais de modo geral, traduzem exatamente como ela foi apropriada em cada país.

Assim, têm-se hoje três acepções distintas que são incorporadas livremente pelos sistemas de saúde nacionais em todo o mundo: 1) APS como programa focalizado e seletivo, um cesta restrita de serviços; 2) APS como um dos níveis de atenção, correspondendo a serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, com ou sem ações de saúde pública e de serviços clínicos voltados para toda a população; 3) APS abrangente, concebida como modelo assistencial e de organização do sistema de saúde (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009; GIL, 2006).

No cenário internacional vêm-se de um lado os países centrais, em geral, com modelos de APS organizados em serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde de acesso universal, enquanto do outro, está a maioria dos países em desenvolvimento com arranjos de APS correspondentes a programas seletivos, focalizados

e com baixa resolutividade. Verifica-se, portanto, um descompasso entre uns e outros, decorrente das orientações globais de organismos internacionais para organização dos sistemas de saúde, os quais, em momentos distintos, imputaram aos países periféricos a adoção de um modelo de pobre para pobre (ALMEIDA, 2014).

GIL (2006) destaca a importância de situar o papel que o contexto internacional exerce nas definições das políticas de saúde e seu poder de influência na escolha e seleção de modelos e práticas assistenciais. Ressalta que a existência de agências internacionais de sustentação do capital financeiro, como o Fundo Monetário Internacional – FMI e o Banco Mundial, e as vinculadas as políticas de segurança e paz no mundo como a Organização das Nações Unidas – ONU, a Organização Mundial da Saúde – OMS, e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, mudaram a forma e a configuração dos arranjos internacionais e as relações internas e externas dos países desde a 2ª Grande Guerra, imprimindo, a todas as áreas da atividade humana, uma nova ordem no cenário mundial

Nos anos 70, com a emergência de governos socialdemocratas e o fim de ditaduras em países da Europa, e com o início de processos de redemocratização em países da América Latina, há uma renovação do pensamento da OMS e um forte movimento de mudança nas práticas de saúde e nos modelos de atenção.

Em 74 no Canadá, foi lançado o relatório Lalonde, onde apontava ‘Uma Nova Perspectiva para Saúde dos Canadenses’ mostrando a importância da prevenção de doenças e da promoção de boa saúde para a população, além da organização de um sistema de saúde adequado, assumido como responsabilidade governamental. Esse documento foi marco para o movimento internacional da Promoção à Saúde moderna (CARVALHO, 2004a, 2004b).

O primeiro movimento de Atenção Primária, em nível global, foi a Conferência Internacional de Alma Ata, na antiga União Soviética em 1978, organizada pela OMS e a UNICEF. Com a participação de 134 governos e mais de 3000 delegados, o evento coroava as críticas feitas aos modelos verticais de intervenção da OMS voltados para o combate às endemias nos países periféricos, em especial na África e na América Latina, e ao modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista.

Em Alma-Ata a APS foi difundida como essencial á saúde, estando apoiada em tecnologias apropriadas como primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. Enfatiza a necessidade de ações de outros setores, mas os cuidados de saúde limitam-se a um conjunto restrito de ações - educativas, tratamento das doenças mais comuns, medicamentos essenciais, nutrição e saneamento

básico. Esse entendimento construiu as bases para a estruturação de uma proposta de APS abrangente tendo como lema ‘Saúde para todos no ano 2000’ (FONSECA et al, 2013; GIOVANELLA, 2009;).

Na década de 80, embora tenha havido uma renovação nas concepções de APS, a concepção restrita - cesta básica de serviços selecionados para atender a população mais pobre, passa a ser hegemônica no olhar das agências internacionais, e hoje ainda é reconhecida como atenção primária seletiva.

É nesse cenário internacional que o Brasil, em seu movimento de redemocratização e fortalecimento das instituições democráticas, deixa de usar o termo APS para difundi-lo como ‘Atenção Básica’ para se diferenciar do modelo original – seletivo, focado e restritivo, para constituir-se no SUS como uma proposta abrangente, instada pelo movimento de reforma sanitária e consolidada pelo SUS e suas leis complementares.

Em 2003 a OMS provoca os governos nacionais a fortalecerem a APS, lançando em 2005 o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” onde se posiciona frente a necessidade de se buscar atenção universal e abrangente por meio de uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento dos sistemas de saúde, com oferta de cuidados de qualidade, dando ênfase a promoção e prevenção, intersetorialidade, participação social e responsabilização dos governos (OPAS/OMS, 2005),

Para STARFIELD (2002) a APS possui alguns atributos que a caracteriza como abrangente e integral, que devem ser perseguidas em sua implementação: constituir-se como serviços de primeiro contato do usuário – ser a porta de entrada; assumir a responsabilidade longitudinal pelo paciente, dando continuidade a relação clínico-paciente ao longo de sua vida; assegurar o cuidado integral ou a integralidade, tendo em conta os aspectos físicos, psíquicos e sociais da saúde, e assumir a coordenação da atenção à saúde nas diversas ações e serviços indispensáveis para resolver todas as necessidades do paciente, das mais simples as mais complexas. A perspectiva integral posta pela APS, deriva do movimento conhecido como medicina integral, iniciado no ensino médico nos Estados Unidos, o qual fazia a crítica a atitude fragmentada dos médicos no atendimento aos pacientes. Voltados para as especialidades construídas em torno de diversos sistemas anatomo-fisiológicos, esses profissionais em geral, recortavam analiticamente seus pacientes, observando aspectos exclusivos vinculados ao funcionamento dos sistemas aos quais se especializaram. Essa prática inviabilizava o aprendizado sobre o paciente, suas queixas e falas, bem como negava a possibilidade de compreender suas necessidades mais abrangentes. Caracterizada como fragmentária e reducionista, voltava-se exclusivamente ao

biológico, não contextualizando outras dimensões da vida do paciente - social, econômica, psicológica, cultural (PINHEIRO E MATTOS, 2001).

Essa discussão foi incorporada no Brasil, não como um movimento institucional organizado, mas associada inicialmente à medicina preventiva, berço da resistência ao regime militar e posteriormente nascedouro do movimento sanitário brasileiro, *pari e passu* ao nascimento da saúde coletiva, nos anos 70, como campo de conhecimento exercitava a crítica à saúde pública tradicional, à medicina preventiva dos Estados Unidos, e incorporava ao seu discurso as contribuições do movimento de medicina social da América Latina.

Naquele momento, as reflexões evidenciavam a tensão existente nos meios acadêmicos e clínicos relacionados às ações assistências e as preventivas. A ideia central não era apartá-las, mas distingui-las, expurgando o velho sentido da medicina preventiva pautada na história natural da doença, que igualava prevenção e assistência, suprimindo suas especificidades, pela simplificação de seu enunciado, onde tudo seria prevenção.

A ideia subjacente da polêmica reside em reconhecer que a experiência do sujeito que busca ajuda nos serviço de saúde, distingue claramente, as atividades preventivas, que não estão diretamente ligadas a experiência individual do sofrimento, portanto, profundamente distintas das experiências assistenciais, essas demandadas diretamente pelo usuário.

Há que se diferenciar um uso dessas formas de intervenções preventivas que simplesmente expande o consumo de bens e serviços de saúde ou que simplesmente integra os dispositivos de sustentação da ordem social (através da regulação dos corpos) do uso judicioso e prudente dessas mesmas técnicas de prevenção, feito na perspectiva de assegurar o direito dos beneficiários à saúde. Integralidade e prudência andam, pois, juntas. (Mattos, 2004, p.9).

O desafio posto aos profissionais para atender a esse primeira exigência da integralidade tinha como foco mudar o olhar sobre as formas de cuidar, ampliando a abordagem do paciente como sujeito que vive e não somente como portador de uma doença. Não se tratava de abandonar o olhar clínico da doença, mas associar a este elemento práticas de promoção e prevenção para alcançar os avanços necessários no campo da saúde pública. Construir outra forma de agir em saúde, que utilizasse as ferramentas da clínica guiada por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos sob cuidado. O segundo movimento em direção à integralidade, vai refletir sobre a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, decorrentes da histórica dicotomia advinda dos anos 60-70, entre as ações de saúde pública (preventivas), coordenadas pelo Ministério da Saúde (MS),

e aquelas de assistência (curativas e de reabilitação) sob a regência do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Se reconhecia a existência de distintas demandas, as primeiras detectadas pelos profissionais de saúde e as últimas diretamente solicitadas pela população. Assim, os técnicos do MPAS deveriam oferecer atendimento médico, e os técnicos do Ministério da Saúde deveriam identificar as necessidades mais típicas da saúde pública, não diretamente demandadas pela população e organizar propostas de intervenção.

O resultado dessa tal dicotomia era que a assistência médica e a saúde pública eram pensadas independentemente. A crítica ao Sistema Nacional de Saúde era que, mesmo se criando um local para a formulação de uma política de saúde que pudesse articular a assistência e saúde pública, consolidava-se a distinção entre a política de saúde pública e a da assistência médica. Assim surgiu a bandeira de luta pela unificação, construída formalmente na criação do Sistema Único de Saúde, e consolidada pela incorporação (e posterior extinção) do INAMPS pelo Ministério da Saúde. (MATTOS, 2004, p.11).

A perspectiva de suprimir as distinções históricas entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais significava construir as bases para um novo sistema de saúde, com capacidade para articular e organizar em uma rede de serviços única, onde ser ofertariam todas as ações e intervenções necessárias para atender aos problemas e as demandas da população. Por isso, fazia-se urgente transformar todas as unidades de saúde, em seus diferentes níveis de complexidade – do posto de saúde ao hospital, de modo a suprimir, tanto as práticas dos programas verticais de saúde pública quanto o isolamento das ações curativas dos hospitais, por meio de processos integrativos e coordenados. Era preciso quebra tanto a fragmentação interna às unidades que desenvolviam ações de saúde pública quanto às ofertadas nos hospitais, clínicas especializadas e de apoio diagnóstico terapêutico. Para essa mudança, era estratégico se instituir, ao nível das unidades básicas, o prontuário único, com elementos capazes de acompanhar toda trajetória de cuidado do paciente, e a introdução de práticas assistenciais típicas desse nível de atenção, para o atendimento à demanda espontânea.

[...] a noção de integralidade exigia uma certa "horizontalização" dos programas anteriormente verticais. As equipes das unidades deveriam passar a pensar suas práticas sobretudo desde o horizonte da população a que atendem e das suas necessidades, e não mais desde o ponto de vista exclusivo de sua inserção específica neste ou naquele programa do ministério. (MATTOS, 2004, p.12)

Ao longo desse processo, outra forma de se programar as ações nos serviços de saúde foi sendo estruturada – mais integral horizontal e dialogada, para atender as necessidades e aos problemas de uma população-alvo, localizada em uma área definida e

sob a responsabilidade da unidade de saúde. Essa nova lógica organizacional permitiria, para além do atendimento a demanda programada, buscar estratégias e aproveitar as oportunidades geradas pela demanda espontânea, para elaborar protocolos de diagnóstico precoce e a identificação de situações de risco e vulnerabilidades à saúde, para o desenvolver um conjunto de atividades coletivas na comunidade.

Fica claro nesse momento que a integralidade como um princípio de organização do processo de trabalho em saúde necessita ampliar, sistematicamente, as possibilidades de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Significa que a articulação entre a demanda espontânea e a programada pode expressar o diálogo necessário entre dois modos de se apreender as necessidades de um grupo populacional para, continuamente, tomar decisão balizada para poder intervir.

O último movimento da integralidade refere-se às políticas de saúde as quais não acompanhavam o ritmo das demandas, tão pouco havia consonância com as práticas. O que se propugnava nesse momento, era consolidar o caráter universal e abrangente das ações de saúde, sem deixar de levar em conta as necessidades de grupos populacionais vulneráveis, na perspectiva da equidade e da assistência integral.

O termo ‘integral’ procurava indicar a ampliação do horizonte onde os problemas de saúde de um grupo específico deveriam ser pensados. *“Integralidade aqui quer dizer uma recusa por parte dos que se engajam na formulação de uma política em reduzir o objeto de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem”* (MATTOS, 2004, p.15).

Depreende-se disso tudo, o sentido polifônico, polissêmico e multifacetado da integralidade a qual engloba diferentes aspectos analíticos não excludentes entre si, mas que, ao mesmo tempo, evidencia elementos diversos da mesma questão. O que relevamos nessa trajetória até os dias atuais, é a aproximação que estabelece com o “cuidado integral”, priorizando como mudança a articulação das atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Consolida-se, portanto, como princípio do SUS e como um dos atributos da APS como propõe STARFIELD (2002), permitindo, no plano do cuidado em saúde, operacionalizar categorias que compõem e caracterizam esse nível de atenção, tais como, acesso, acolhimento, vínculo e enfoque familiar. E no plano das ações especializadas assistenciais, como “integralidade vertical”, as categorias fluxo e coordenação, encaminhamentos e orientação comunitária (SALA, 2011, p.950).

Desse modo, a estruturação da APS no Brasil se dá com o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991 conduzido pela Fundação Nacional de Saúde (FNS). De início implantado nas regiões Norte e Nordeste, voltado para áreas rurais e periurbanas, onde se pretendia combater e controlar algumas epidemias, em especial a cólera e as demais doenças diarreicas, com tratamento de reidratação oral e vacinação. Nesse cenário, os ACS são subordinados e supervisionados por enfermeiros localizados em unidades básicas de saúde gerenciadas pela FNS. O PACS se construiu como um programa de cunho emergencial suprindo, nas regiões onde foi implantado, a assistência básica onde não havia interiorização da atenção médica.

De acordo com HEIMAN & MENDONÇA, (2005) o PACS ao longo do tempo foi se aperfeiçoando, primeiro com mudança nas práticas de saúde de cunho espacial e técnico-administrativa, no desenvolvimento de ações extramuros, descentradas da pessoa do médico. E depois, em função da incorporação das ações dos ACS à tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS assegurando o seu pagamento sendo, portanto, em alguma medida, passível de controle e avaliação dos resultados.

A avaliação contínua do programa demonstrou a necessidade de articulação desse modelo com os demais serviços de saúde, de modo a não desgastar a atuação dos agentes. Desse modo, o programa, passa a integrar o sistema municipal de saúde, garantindo maior efetividade do trabalho junto as comunidades e ampliando a articulação com órgãos e instituições de outros setores para maior efetividade das intervenções.

Em 1993 dando seguimento aos programas de APS orientados pela OMS, de caráter restrito e seletivo, o Brasil formula o Programa Saúde da Família e o institui pela Portaria MS n. 692, de dezembro de 1993. Na primeira fase, foi implementado preferencialmente em municípios pequenos, com condições de absorver a demanda reprimida nesse nível de atenção, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade do cuidado.

Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996, a Saúde da Família é explicitada, indicando a retomada da discussão sobre o modelo de atenção a ser construído. A norma disciplinou o processo de organização dos serviços de acordo com níveis de atenção, de intervenções ambientais e de políticas intersetoriais complementares, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações.

Com a NOB 96, a atenção básica em saúde (ABS) torna-se e caracteriza-se como primeiro nível de atenção, organizado “*por um conjunto de ações, de cunho individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação* (Brasil, 1998)”.

Ademais, possibilita pela ação do PSF articular serviços e comunidade respaldando a participação popular como expressão das necessidades de saúde da população – marco de referência para o exercício do controle social como direito de cidadania.

#### 2.4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A partir dos anos 70 a saúde pública no Brasil teve seus marcos centrais orientados por dois grandes modelos teóricos: o modelo da Programação em Saúde ou Atenção Programática, caracterizado por quatro fases sendo a primeira, de priorização do Saneamento através de obras de engenharia sanitária e normas de controle sobre a população; a segunda, das Campanhas Sanitárias, “programas verticais” voltados para o controle das grandes epidemias; a terceira, da Educação em Saúde e Prevenção, incentivando a saúde materno- infantil e a criação dos primeiros centros de saúde e, a quarta, de Integração dos Serviços de Saúde Pública com os serviços de assistência médica. Bons exemplos são o Programa de Interiorização das Ações de Saúde Saneamento PIASS, com foco para regiões norte e nordeste do país, e as Ações Programáticas de Saúde – AIS, extensiva a todos os estados da federação.

Com o processo de descentralização institucionalizado nos anos 80-90 coube aos municípios a condução da política de saúde em âmbito local. Para auxiliar os municípios no enfrentamento de problemas como a mortalidade infantil e materna o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi priorizado nas regiões mais vulneráveis do país (norte e nordeste) e o Programa Saúde da Família (PSF) a ser implantado como modelo prioritário do primeiro nível de atenção, abrangente e integral, procurando substituir as práticas convencionais de Atenção Primária à Saúde – seletivas, restritivas e focais, reorientando-as pelos princípios da Promoção e da Vigilância em Saúde, apresentando uma série de outros desafios principalmente para a formação profissional e trazendo a necessidade do entendimento do significado do trabalho em equipe e um novo conceito o de multiprofissionalidade. A partir de 2003 com o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) uma estratégia do Ministério da Saúde, pensada para durar 7 anos e com o apoio financeiro de organismo internacional, com vistas à organização e ao fortalecimento da atenção básica nos grandes centros urbanos do país (municípios com mais de cem mil habitantes), se amplia o PSF para Estratégia de Saúde da Família. Um dos propósitos nessa reorientação do PSF foi colaborar na organização do SUS em seu processo

de municipalização, promovendo a integralidade do atendimento e estimulando a participação da comunidade por meio da reorganização das práticas de trabalho (VIANA E DAL POZ, 1998). Em 2006, em face às evidências de expansão do Programa, o MS edita a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) via portaria n. 648/GM, na qual amplia o escopo e a concepção da atenção básica incorporando os atributos da APS abrangente, colocando-a como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para estruturação dos sistemas locais de saúde. A atenção básica é então definida como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. (...) É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização. (BRASIL, 2006, p. 10)

Desse modo, a Estratégia de Saúde da Família é reconhecida como modelo substitutivo e de reorganização da atenção básica, reforçando a necessidade de que em sua expansão seja garantida sua integração à rede de serviços de saúde municipal de modo a organizar seus sistemas de saúde, consoante com as modalidades de implantação e os incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família, saúde bucal e o programa de agentes comunitários de saúde, na perspectiva de fortalecer o SUS e assegurar a integralidade da atenção.

Em 2011 a Portaria nº 648/2006 é revogada pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que mantém a essência da anterior e traz como principais alterações a flexibilização da carga horária semanal do médico de família e comunidade, possibilidade de incentivos para o trabalho em municípios com dificuldade de lotação ou fixação de médicos, incorporação do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), equipes de Saúde da Família ribeirinhas, com unidades flutuantes, a entrada de profissionais de saúde bucal nas equipes, regulamenta o consultório de rua e o Programa Saúde na Escola (PSE). Essas mudanças são considerados avanços para implementação e expansão da cobertura pela ESF em todo o país.

A Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo central a substituição das práticas convencionais anteriormente utilizadas na Atenção Primária, preconizando que as Unidades da Saúde da Família trabalhem em base territorial - delimitação de área de abrangência, e responsabilizar as equipes multiprofissionais por um conjunto determinado

de famílias com cadastramento prévio no território.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. A tentativa de reorganização da atenção primária decorre da necessidade de se buscar novos modelos de assistência, posto que o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não conseguiu dar conta das mudanças da vida em sociedade e, conseqüentemente, não conseguiu suprir às necessidades de saúde decorridas deste estilo de vida moderno. A ESF traz para o centro da discussão o indivíduo em seu seio familiar e comunitário, onde a concepção de saúde deixa de ser a simples ausência de patologia aparente, sendo a prevenção e a promoção partes importantes neste processo saúde –doença. (LABETE & ROSA, 2005, p. 01)

As ESF devem conhecer a realidade social, demográfica e epidemiológica das famílias pelas quais são responsáveis, identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco a qual a população esta exposta, elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência integral respondendo de forma contínua e racionalizada a demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção a saúde, resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra referência, os principais problemas detectados, desenvolver processos educativos em saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos e promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. Para tanto é demandado da equipe de saúde um conhecimento que vai além do apresentado na academia, posto que estas precisam se organizar e se reorganizar dada a vulnerabilidade extrema e violência armada presente nestes espaços.

Com isso, as equipes de saúde se aproximam da realidade do usuário, o que possibilita uma maior integração entre a equipe e a população do território, maior entendimento da demanda e maior efetividade no planejamento de ações de promoção e proteção voltadas para as necessidades e problemas atuais e futuros. Essa postura prática, é epistemologicamente ancorada em uma proposta que rompe com a tradição do conhecimento disciplinar, segmentado e especializado, e se busque um conhecimento abrangente, que faça a síntese entre conhecimentos advindos de várias disciplinas, não só da área biológica, mas da área das ciências humanas e sociais. Com isso “reformatar” a formação dos profissionais de saúde, na perspectiva de se obter um profissional com formação geral e de caráter interdisciplinar (BAPTISTA, 2007).

A adoção da ESF trouxe em seu bojo um salto qualitativo ao cuidado em saúde, principalmente pelo enfoque da Promoção de Saúde como prática voltada para o fortalecimento da comunidade., Levando em consideração vários elementos no plano

terapêutico: os “determinantes da saúde” e os processos de adoecimento, retirando o foco da doença e suas causas aparentes/referidas; a abordagem multidisciplinar para compreender de forma ampliada os problemas e propor intervenções balizadas sobre eles; a criação e a inserção de práticas integrativas em redes sociais territoriais; a valorização da participação do indivíduo e dos grupos nas decisões, para o estabelecimento de políticas, processos e ações mais adequadas e efetivas sobre as condições de vida e saúde do território,.

A prática democrática é outro aspecto relevante no âmbito da ESF, como a criação de fóruns de discussão constituídos pelos conselhos de saúde e de unidades, ou nos colegiados gestores locais possibilitando que a comunidade seja ouvida, principalmente em âmbito local, para propor, criar e executar ações e projetos alternativos plausíveis para questões sanitárias locais.

Por essa razão, a busca da integralidade, como princípio do SUS, se configura como um desafio à prática da Atenção Primário-Básica no Brasil. Na perspectiva de tornar-se um processo que articule de fato as ações de promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, através do trabalho multiprofissional e interprofissional.

No bojo da municipalização do SUS, à opção de diversas prefeituras com apoio do Ministério da Saúde foi iniciada a implantação e/ou a expansão da ESF pelas regiões que apresentavam maior vulnerabilidade social e que, até então apresentavam demanda reprimida por este tipo de serviço. Exemplo deste processo acontece atualmente em espaços de periferias e favelas do Município do Rio de Janeiro, onde postos simplificados de atendimento médico foram adaptados e receberam equipes da ESF. Nestes espaços é possível observar uma grande carência por serviços assistenciais de saúde, com grande procura por atendimento curativo, devido ao longo período de privação ao acesso, seja por conta da distância destes serviços seja pela oferta de serviços insuficientes às demandas apresentadas. Estes problemas se configuram como elementos que desafiam as equipes no sentido de garantir os princípios da atenção primária – serviço de primeiro contato; longitudinalidade, integralidade e coordenação.

Um dispositivo fundamental para o trabalho da ESF é a definição de base territorial para a atuação das equipes com adscrição da clientela. Essa exigência vai suscitar da equipe conhecer e aprofundar a categoria geográfica ‘território’ naquilo que ela traz de essencial para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho, que pressupõe realizar sistematicamente a análise das condições de vida e da situação de saúde da população sob sua responsabilidade.

Sabe-se que nos últimos 20 anos o setor saúde vem incorporando nas análises da situação de saúde, na organização dos serviços e nas práticas de cuidado a categoria território em decorrência da incorporação anterior da noção de espaço no campo da epidemiologia, como uma abordagem fundamental para dar suporte ao conceito de risco, dada a necessidade de se localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se distribuir os indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior (GONDIM et al, 2006, p.1).

No entanto, alguns autores afirmam que o uso da categoria território, como expressão do espaço geográfico onde a vida transcorre, não serve exclusivamente à estrita localização dos eventos de saúde. Suas potencialidades e limitações vão depender da diversidade de seus próprios conceitos e conteúdos, onde o território é, simultaneamente, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais (MONKEN & BARCELLOS, 2005; BARCELLOS, 200). Por isso, destacamos neste estudo que é no território, onde os fatos acontecem e suas repercussões são percebidas na totalidade diferentes maneiras, a depender da organização sócio-espacial, cultural, político e econômica da população que o habita e o produz cotidianamente. Assim, a multiplicidade de elementos que compõem e estruturam os territórios podem modificar a percepção das pessoas sobre os riscos e vulnerabilidades distribuídos espacialmente. Daí sua importância para saúde pública, por revelar aquilo que os estudos quantitativos não conseguem explicitar. No entanto, o território que aproxima população e equipe de saúde, por ser o lugar do encontro, da interação e da vida, é também o lócus dos conflitos, das disputas de projetos e de poder. Em alguns contextos menos favoráveis, esse espaço vivo e em constante transformação evidencia um conjunto de problemas que devem ser superados pela equipe e pelos usuários dos serviços.

Um dos grandes desafios postos atualmente para os profissionais de saúde, no município do Rio de Janeiro, consiste na operacionalização do atendimento integral versus a realidade imposta pelo setor saúde ao processo de trabalho das equipes de ESF. São vínculos precários via contratação por Organizações Sociais, onde a qualidade do atendimento é medida pelo alcance de metas quantitativas; A grande parte das equipes de ESF é lotada em unidades de saúde localizadas em espaços conflagrados pela violência e vulnerabilidade social, ocasionando uma enorme demanda por atendimentos curativos e por vezes emergenciais; a alta rotatividade de profissionais médicos dificulta a construção de vínculo com o usuário, e, a obrigatoriedade de atender a um número determinado de pacientes com tempo cronometrado e a exigência de preencher uma série de formulários leva o profissional a transformar o encontro com o paciente, em um ritual quase

mecânico.

Este conjunto de questões se apresenta como barreiras para a efetivação da integralidade, posto que, segundo PINHEIRO & MATTOS (2003), esta é concebida como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde. Ou seja, é um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procura indo além do diagnóstico da patologia, fazendo-se necessário englobar ações de prevenção para os demais fatores de risco não explicitados pelo paciente. E ainda ampliando o horizonte para além do profissional médico, devendo a equipe estar organizada para propiciar a oportunidade de trabalhar de forma integral, buscando “discernir” de um modo abrangente as necessidades dos usuários.

Neste sentido, com base na realidade atual das unidades de saúde do Município do Rio de Janeiro, principalmente das unidades adaptadas para funcionarem nos moldes da ESF e localizadas em espaços que apresentam alto grau de vulnerabilidade social e violência, é possível perceber que dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o que é menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas.

Com efeito, são evidentes as mudanças do sistema tanto no eixo da descentralização quanto no do controle social. Do mesmo modo, no que diz respeito ao acesso universal, aos serviços oferecidos pelo SUS, atualmente já não há as barreiras formais que limitavam o acesso apenas aos que contribuía para a previdência social. No entanto, ainda existem inúmeras barreiras informais como a violência – o tráfico, a milícia, a polícia-, que impede o funcionamento do serviço e a alocação de profissionais ., Há também dificuldade de acesso, em função da falta do serviço necessário e solicitado pelo usuário em unidades próximas a sua residência ou ao seu local de trabalho. Há por fim, grande procura por atendimento curativo, decorrentes de situações de stress e violência, dificultando outras práticas da ESF, como atividades de promoção da saúde e de prevenção.

### 3 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para que possamos chegar ao século XXI falando sobre Promoção da Saúde se faz necessário um breve histórico sobre seu conceito. Na saúde pública esta ideia esteve presente nas concepções de Wislow em 1920 (Buss 2003). Para este Promoção da Saúde se constituía como um esforço realizado pela comunidade organizada no sentido da organização de alianças políticas que melhorassem as condições de vida e trouxessem programas educativos que possibilitassem o individuo a melhorar o cuidado com a sua saúde pessoal. Ainda no século XIX este movimento, conhecido como Medicina Social, indicava a necessidade de políticas e atuações intersetoriais como importante instrumento da saúde pública.

Cabe salientar que muitos autores contribuíram, porém este termo foi cunhado pelo Sanitarista norte americano Hanry Sigerist em 1941, este reordenou as funções da medicina em Promoção da Saúde, prevenção de doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação. Algumas dessas concepções, atualizadas e/ou reformuladas, foram propostas na 1ª Conferencia Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986 em Ottawa (Buss 2003).

Segundo Arouca (2003), em 1940 com o movimento preventivista nos Estados Unidos, foi redefinido o conceito de prevenção primária e o conceito de Promoção da Saúde foi incorporado ao mesmo como essencial a consolidação da prevenção primária relacionado a melhoria da qualidade de vida.

O marco histórico para a consolidação do conceito da Promoção da Saúde foi a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Ottawa, Canadá. Esta ao final aprovou a Carta de Ottawa. Esta estabelece expressamente a promoção da saúde como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida e da saúde das pessoas, relacionando a Promoção da Saúde aos fatores determinantes e condicionantes da saúde e também à construção de políticas públicas que garantam ambientes favoráveis, através da mudança dos modos de vida, de trabalho e de lazer.

No Brasil, a Promoção da Saúde passou a ser um tema tratado pelo Estado e pela sociedade com as grandes reformas promovidas pela Constituição da República Federativa do Brasil (1988), após o período de regime de governo militar no país. A Constituição refere-se expressamente à promoção da saúde em seu artigo 196, dispondo que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Outro marco legal a ser destacado no Brasil é a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990,

esta organiza o Sistema Único de Saúde brasileiro dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Em seu Art. 3º dispõe que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”. Esta também se refere expressamente à Promoção da Saúde ao organizar as competências e atribuições de cada ente federativo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) para a garantia da saúde no Brasil. Nesse sentido, o Art. 15 dispõe que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade para Promoção da Saúde do trabalhador e também elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esta preocupação se tornou mais evidente na transição dos anos 80 para a década de 90 com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) através de reflexões de alcance internacional expressando a incapacidade da maioria da sociedade em promover e proteger sua saúde em âmbito individual e coletivo. A OPAS trouxe ainda para a reflexão a necessidade de reorientação da concepção de saúde pública, onde o indivíduo e sua coletividade (sociedade), passassem a ser coparticipantes, de forma ativa, no processo saúde-doença. Com intuito de retirar parte da responsabilidade das ações do campo biomédico.

Neste contexto, encontramos a retomada dos ideais de Alma-Ata com a estratégia de atenção primária de saúde (WHO/UNICEF, 1978), tais como: A Promoção da Saúde como um conjunto amplo de ações que extrapolam o setor saúde, a condução de fatores determinantes da saúde e não só a causa das enfermidades, a intersetorialidade, participação social, a promoção de saúde considerando como eixos centrais a saúde, a alimentação e nutrição, água e saneamento, atenção materno infantil, imunização, prevenção e controle de doenças transmissíveis, atenção curativa básica e medicamentos essenciais. Vale ressaltar que a Alma-Ata passou a ser referência mundial para as pessoas que se preocupam com a saúde e, quando alguém se refere a ela, está se referindo ao compromisso de saúde para todos, mas para ser alcançada por meio da atuação primária à saúde e da participação comunitária (BRASIL, 2000).

No entanto, com a imposição de uma política econômica de cunho neoliberal, muitos avanços apontados e normatizados na década de 90 sofreram inflexões e apenas em 2006, através da Portaria nº 687/GM/MS, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), estabelecendo as bases da atuação do Estado brasileiro no campo da Promoção da

Saúde. A PNSP traz os princípios da Carta de Ottawa e tem como objetivo geral “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”.

Mas encontramos no Brasil desafios em sua operacionalização, temos historicamente um processo de saúde centrado na cura da doença, na atuação biomédica e medicalizante e com a realidade de carências e diversos processos de vulnerabilização, que levam aos serviços de saúde múltiplas demandas por atendimentos curativos emergenciais. Neste sentido, a PNPS propõem mudanças no sentido da desmedicalização e reorganização do serviço promovendo a construção da autonomia e o que denominam de “empowerment”, planejamento de ações específicas da APS, ações intersetoriais, assim como políticas e diretrizes possibilitem a qualidade de vida.

### 3.1 A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Promoção da Saúde é concebida como importante instrumento para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde. Sendo entendida nos últimos 20 anos como uma das estratégias da Saúde Pública para enfrentar os problemas de saúde que afetam a população, principalmente, em espaços vulneráveis. Neste sentido promover saúde implica entender conexões, ou seja, vivemos e produzimos saúde ou doença na vida cotidiana, sendo este processo resultado de cuidados individuais e coletivos.

A saúde vive e se cria na vida cotidiana: nos centros educacionais, no trabalho e no lazer. A saúde é o resultado dos cuidados que cada um dispensa a si mesmo e aos demais, é a capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e assegurar a todos os seus membros a possibilidade de ser saudável. (BRASIL, 1986 Etíol Em Saúde para debate, nº 39, pág 35, junho/2007).

Em sequência, a promoção de saúde se constitui como:

[...] nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar

global. (OTTAWA, 1986).

Esta traz em sua concepção a operacionalização de conceitos como território, vínculo, corresponsabilidade, resolutividade e ainda a perspectiva de um olhar integral, considerando o indivíduo, o núcleo familiar, onde e como estão inseridos.

Assim, entendemos ser necessário conhecer os condicionantes mais complexos que atuam sobre o comportamento humano e seu mundo social para que as práticas de Promoção da Saúde e de prevenção possam ser efetivas.

Dessa forma, como promover a saúde e interferir nas diferentes formas de adoecer em territórios com características adversas e de grande iniquidade?

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) consiste no modelo vigente de reorientação da atenção básica, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre suas características, abrange o enfoque por “problemas” que contempla a preocupação com as diferenças existentes já comentadas e identifica as reais necessidades do território, elaborando ações para atender a elas.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. A tentativa de reorganização da atenção primária decorre da necessidade de se buscar novos modelos de assistência, posto que o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não conseguiu dar conta das mudanças da vida em sociedade e, conseqüentemente, não conseguiu suprir às necessidades de saúde decorridas deste estilo de vida moderno. A ESF traz para o centro da discussão o indivíduo em seu seio familiar e comunitário, onde a concepção de saúde deixa de ser a simples ausência de patologia aparente, sendo a prevenção e a promoção partes importantes neste processo saúde –doença. (Labete & Rosa, pág 01)

A Promoção de Saúde se caracteriza como um elemento que subsidia a instrumentalização da comunidade. Esta contribui para que o indivíduo/coletividade co-atue na melhoria efetiva de sua qualidade de vida e de saúde com maior entendimento e equidade. Quando falamos em Promoção da Saúde estamos falando em estratégia multiprofissional e intersetorial que precisam considerar além da demanda ou falta de demanda aparente do indivíduo e ainda sua participação ativa neste processo.

Para atingir um estado completo de bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social. A saúde é, portanto, um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (Buss, 2010, p.1)

Partindo deste entendimento começamos a vislumbrar os desafios da ESF no que tange a operacionalização da Promoção da Saúde em áreas conflagradas pela violência armada. Os indivíduos residentes nestes espaços precisam conviver com diversas ausências e historicamente este processo contribui ativamente para o seu processo de adoecimento, considerando saúde em uma ótica integral e não a mera aparente ausência de doença.

Olhando o Complexo da Maré como lócus deste estudo, contatamos que em algumas comunidades que compõem o Complexo as áreas públicas de lazer como praças e parques são ínfimas e ainda que quando existem estes espaços pelo medo da violência. O Complexo é dividido atualmente por três facções criminosas rivais que se enfrentam a qualquer hora da noite ou do dia e em meio a uma dessas “fronteiras” encontramos a única Vila Olímpica da Maré (VOM), criada em 1999 pela Prefeitura do Município do Rio de Janeiro que se mantém com recursos públicos e privados, e se configura por ser um centro poliesportivo com grande capacidade numérica de alunos. Porém, apenas uma pequena parte dos 130.000 moradores (IBGE/2010) usufruem do lugar.

A VOM está situada na rua que divide duas facções criminosas e tiroteios na sua porta de entrada são frequentes como noticiado por jornais de grande circulação e relatado pela usuária 01.

[...] meu postinho era o Elis Regina que veio pra cá (CF01), esse aqui não fecha o outro fechava sempre e não dava nem pra passar naquela rua, era muito tiro.

A rua descrita pela usuária é a mesma rua que dá acesso a VOM, como já explicitado neste trabalho a CF 01 é fruto da cisão de duas unidades de saúde que funcionavam em espaços cedidos pela Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro dentro de CIEPs no Complexo da Maré, atualmente algumas unidades ainda permanecem nestas estruturas.

A Carta de Ottawa 1986 traz a discussão acerca de alguns recursos essenciais para que se possa ter saúde dentre eles destacamos a paz e a educação. Quando nos deparamos com a realidade das favelas como podemos discutir paz onde moradores convivem com indivíduos armados prontos para a “guerra”? Se os tiroteios entre facções rivais ou entre traficantes e a polícia acontecem a qualquer hora, se muitas famílias já perderam para o tráfico, e para a morte, familiares e amigos?

Muito se fala sobre a importância da educação como elemento essencial a melhoria da qualidade de vida, colaboro com este pensamento além de ser fruto dele, mas como as crianças das favelas terão acesso a uma educação de qualidade se constantes tiroteios interrompem as aulas ou impedem que elas aconteçam.

O Complexo da Maré apresentava em dezembro de 2015, 30 (trinta) equipamentos de educação pública municipal entre eles Espaços de Desenvolvimento Infantil (EDI), CIEPS e escolas tradicionais, todos tiveram aulas interrompidas neste mesmo ano devido a confrontos armados no território como noticiado pelo jornal O Globo em 29 de novembro de 2015, com a reportagem intitulada “O futuro na linha de tiro”. Esta traz depoimentos de pais, alunos, professores, diretores de escola e da então secretária de educação do Município, senhora Helena Bomeny, sobre o impacto da violência armada na educação de crianças residentes nas favelas do Rio de Janeiro.

O Complexo da Maré foi amplamente citado na reportagem como lócus da violência armada que acarreta a suspensão das aulas e o encurralamento de crianças, professores e demais profissionais dentro das escolas em momentos de confronto. Cabe salientar que quatro das escolas citadas na reportagem abrigam unidades de saúde com ESF que muitas vezes permanecem abertas mesmo em dias de conflito.

A atuação das equipes da ESF em áreas conflagradas pela violência armada traz a necessidade de incorporar, para o encaminhamento das demandas apresentadas, o intercâmbio entre o saber técnico científico com o saber popular. A cultura popular utilizada nestes espaços, para suprir a carência dos serviços de saúde pública, é um aspecto a ser considerado para que as ações de Promoção da Saúde sejam efetivas e realmente transformadoras. A valorização da cultura local se constitui então como um importante instrumento para iniciar e pautar as discussões e ações de promoção no território.

A entrada de equipes multiprofissionais em espaços historicamente vulneráveis demonstra a preocupação do Estado na resolução dos problemas existentes nestes espaços. Neste processo a saúde é desvelada ao território como resultado de um conjunto de fatores que dependem de uma rede social comunitária e de uma maior amplitude dos modelos de gestão e atuação. Onde a corresponsabilidade e a co-construção da autonomia frente ao cuidado, deve ser discutida como fator essencial no processo saúde-doença (CAMPOS, 2012).

Neste contexto, a percepção da demanda subjetiva se coloca como central para o real entendimento da demanda apresentada. Como exemplo destaca-se o aumento do descontrole da pressão arterial em usuários que residem em áreas com constantes conflitos armados.

O estresse mental ou psicológico ocorre cotidianamente em nossas vidas e a capacidade de reagir motora e fisiologicamente é uma resposta natural e necessária. Entretanto, a reatividade exacerbada ao estresse mental identifica indivíduos sob maior risco de desenvolver hipertensão e pode provocar eventos cardiovasculares e morte súbita. Além disso, a experiência de situações trágicas tem impacto a longo prazo, aumentando o risco de hipertensão, bem como condições sociais e de trabalho

com grande demanda psicológica e baixo poder de decisão, principalmente entre homens com baixo nível socioeconômico. (Rev. Bras. Hipertensão, vol.14(2): 94, 2007)

A Promoção da Saúde é conceito norteador desse trabalho, entendida como “*processo que articula saberes técnicos e populares e mobiliza recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento dos problemas e sua resolução*” (OTTAWA, 1986).

Desse modo, é concepção que necessita para sua operacionalização articular com os conceitos de território, vínculo, corresponsabilidade, resolutividade, na perspectiva da integralidade e intersectorialidade sobre o processo saúde-doença-cuidado, pois considera como núcleo central do cuidado os indivíduos e suas múltiplas formas de inserção nos contextos do território para consolidação do processo de produção social da saúde.

Essa compreensão caracteriza a Promoção da Saúde como elemento que subsidia a instrumentalização da comunidade para que esta atue na melhoria efetiva de sua qualidade de vida e saúde, com maior entendimento e controle do processo saúde-doença-cuidado. Atuar sobre os determinantes de saúde com objetivo de melhorar as condições de existência de indivíduos e coletivos, trazendo a necessidade do trabalho em rede para que seja possível o encaminhamento das demandas que extrapolam o setor saúde.

#### **4 O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: as favelas cariocas – riscos e possibilidades**

O Rio de Janeiro é a segunda cidade mais populosa do Brasil com aproximadamente 6.323.037 habitantes, residindo 100 % em área urbana, segundo censo realizado pelo IBGE no ano de 2010. É detentora do segundo maior PIB do país e do 30º maior do mundo, no entanto o grande número de favelas exemplifica a desigualdade social encontrada na cidade. Ao analisarmos historicamente a constituição da cidade percebemos que as favelas sempre fizeram parte da dinâmica da mesma.

As favelas começaram a surgir no Rio de Janeiro no final do século XIX, onde tinham como habitantes em sua maioria negros e mulatos, ex-escravos ou descendentes dos mesmos além de nordestinos vindos para as capitais em busca de uma melhor condição de sobrevivência. Segundo Silva &Barbosa (2005), o marco inaugural das favelas no Rio de Janeiro seria o “Morro da Providência”, onde surgiu o “Morro da Favella” em 1897 que por ter ocupações como marca ocupações improvisadas, construídas pelos próprios moradores, passou a nomear outros espaços que começavam a surgir na cidade com as mesmas características. Cabe ressaltar que já neste período as favelas começaram a ser percebidos como um problema, inicialmente estético, para a cidade.

Na virada do século XIX para o século XX o Rio de Janeiro apresentava um grande problema habitacional pela migração regional e estrangeira em busca de postos de trabalho e estas pessoas passaram a se aglomerar em moradias improvisadas em espaços próximos aos locais de trabalho. Este “problema” possibilitou o crescimento das favelas cariocas, estes espaços passaram a ser palco de doenças como cólera, peste, varíola e febre amarela. Ainda na virada do século as favelas passaram a ser percebidas como espaço de perigo e desordem, sendo lugar de malandros e marginais.

Tais conceitos são reforçados pela Revolta da Vacina (1904) e, com o decorrer dos anos gradativamente a imagem da “terra sem lei” acaba por refletir-se também em outros espaços populares da cidade com paisagens semelhantes. (Silva &Souza, 2005, p. 27).

Segundo Burgos (1998), as intervenções do Estado, através da adoção de políticas públicas que visavam uma integração dos favelados ao asfalto, começaram com a criação do Código de Obras do Distrito Federal, Decreto nº 6.000 de 01 de julho de 1937, que considerava a favela um espaço marginal e propunha a eliminação das mesmas, sugerindo a

construção de habitações proletárias destinadas a pessoas que comprovassem ser verdadeiramente pobres e que estivessem inseridas no mercado de trabalho. Este fato exclui automaticamente os desempregados (considerados neste período com desocupados, vagabundos), que eram expulsos de suas moradias sem qualquer indenização e não eram realocados, ou seja, começava a se formar a denominada “população de rua”, não existia para estes qualquer política seja de habitação ou saúde, para estes restavam os abrigos de caridade e a Santas Casas de Misericórdia. A descoberta ou reconhecimento do problema favela se deu pelo incômodo provocado por ela ao processo de urbanização das cidades.

O Rio de Janeiro por ser a capital da república tinha a necessidade de se modernizar e de se tornar mais atraente aos olhos do mundo. Neste sentido a construção dos parques proletários era imprescindível para a conquista de novas áreas para a expansão urbana. Foram adotadas varias medidas para auxiliar este processo como, por exemplo, o controle de entrada de população de baixa renda na cidade; o retorno de indivíduos aos seus estados de origem; a fiscalização de construção de novas moradias; fiscalização de indivíduos recolhidos por asilos de caridade; a promoção de campanhas com cunho de educação social entre os moradores das favelas com o objetivo de corrigir hábitos pessoais, esta contando com assistentes sociais ligadas a igreja católica.

A construção dos parques proletários e a discussão da temática favela/remoção fizeram com que surgisse entre os favelados, lideranças comunitárias, o que os deixara mais fortes, estes começaram a se constituir com um ator político, mesmo sem que a maioria, por serem analfabetos não possuïrem o direito de voto.

Impulsionados com o temor à reação dos favelados, a prefeitura em conjunto com Arquidiocese do Rio de Janeiro criou em 1946 a Fundação Leão XIII com o objetivo de prestar assistência material e moral aos habitantes de morros e favela do Rio de Janeiro, mais uma vez temos uma resposta assistencialista para reivindicações de direitos por parte da população. A Fundação Leão XIII ficou responsável por implantar serviços básicos como água, esgoto, luz e redes viárias e por manter centros sociais. No entanto a atuação desta não inibiu que os favelados continuassem a se organizar.

Esta politização dos favelados exigiu que a igreja através da criação da Cruzada de São Sebastião, em 1955, e o poder público através da criação do Serviço Especial de Recuperação das Favelas e Habitações (Serfha) em 1956, dessem continuidade a finalidade de articular o atendimento mínimo aos direitos sociais e o controle estatal sobre essa parcela da população. O Estado através de negociações com os moradores de favelas passou a trabalhar com duas perspectivas: a da remoção e a da urbanização das favelas causando o esvaziamento

da Serfha e possibilitando a criação da Companhia de Habitação Popular (Cohab).

No entanto, o Golpe de 1964, fez com que toda luta dos favelados se perdesse e voltasse à cena a política as remoções com um cunho fortemente repressivo. Somente com o fim do regime ditatorial e com a eleição de Leonel Brizola governador do Rio de Janeiro em 1991 se abriu uma agenda social especialmente voltada para as favelas.

Nos últimos 20 anos, observamos no Rio de Janeiro, diversas intervenções empreendidas pelas três esferas governamentais. Na década de 90, pelas mãos de ferro do então governador do Rio de Janeiro Wellington Moreira Franco (1987-1990), as favelas eram concebidas como espaços perigosos, refúgios de meliantes, onde a principal política adotada baseava-se em prender marginais a qualquer custo. Posteriormente, mas ainda na mesma década, as intervenções eram pautadas no paternalismo de Leonel de Moura Brizola (1991-1994), que concebia a favela e os favelados como espaço de carências e de carentes e por este motivo lá tudo era permitido.

Nos anos 1990 vivenciamos as Chacina da Candelária onde oito jovens (6 menores e 2 maiores de 18 anos) moradores das ruas do centro do Rio de Janeiro foram assassinados por policiais militares e a chacina de Vigário Geral, ocorrida no interior da favela de Vigário Geral, situada na zona norte do município do Rio de Janeiro, onde 21 moradores foram assassinados por homens fortemente armados e encapuzados, dentre os acusados pelo episódio policiais militares. Ambas foram publicizadas mundialmente tendo como consequência pressões nacionais e internacionais sobre a necessidade de intervenção sistemática nestes espaços.

Naquele momento, o discurso oficial, afirmava que o objetivo das intervenções era buscar garantir à inserção dos espaços vulneráveis na dinâmica formal da cidade. Neste período, César Maia assumiu a prefeitura do Rio de Janeiro, governando a cidade direta e indiretamente por 16 anos. Diretamente como prefeito eleito no período 1993-1996. Indiretamente, após apoio a candidatura de seu ex-secretário de urbanismo Luiz Paulo Conde (1997 - 2000) com participação direta nas ações de governo. E novamente com administração direta após ser eleito e reeleito no período compreendido entre 2001 e 2008. A prioridade era fazer com que as favelas se sentissem parte da cidade, com isso programas como Rio-Cidade e Favela-Bairro buscavam tornar as favelas em locais com melhores condições de habitação e saneamento.

Para saúde, ocorriam conquistas tímidas como a implantação de postos de saúde simplificados em algumas comunidades como Vigário Geral e Complexo da Maré e a construção do Hospital de Acari. Divergências deste governo com demais esferas

governamentais, funcionavam como entrave ao processo de inclusão da favela no escopo formal da cidade.

Com a proposta de por fim as divergências governamentais entre as três esferas de gestão do SUS (municipal, estadual e federal) e com bandeiras relacionadas à melhoria da qualidade de serviços como educação e saúde, Eduardo Paes foi eleito em 2008. Em 01 de janeiro de 2009 o então prefeito Eduardo Paes assumiu a prefeitura do Rio de Janeiro, propugnando mudanças na educação e saúde. No primeiro dia de mandato revogou a aprovação automática nas escolas municipais e iniciou no mesmo ano a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de reorganizar a atenção básica, no município.

#### 4.1 A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO

A expansão da Estratégia de Saúde da Família no município o Rio de Janeiro foi possibilitada através do firmamento de parceria para gestão compartilhada com Organizações Sociais de Saúde (OSS). O contrato de gestão compartilhada possibilitou que ficasse a cargo das OSS a compra de material permanente e de consumo, fato que trouxe agilidade para o processo e ainda a contratação de profissionais para atuarem nas unidades básicas de saúde e Clínicas da Família pelo regime de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) e coube a prefeitura o repasse de recursos, fiscalização dos processos, estabelecimento de metas assistenciais e gerenciais. Neste contexto deu-se início a expansão da ESF e a construção das Clínicas da Família, com prioridade para as áreas conflagradas pela violência armada e com extrema vulnerabilidade social, as denominadas favelas cariocas.

A ESF trouxe como objetivo central substituição das práticas convencionais (programas verticais, atendimento médico centrado) utilizadas na Atenção Primária até então, ao preconizar que as Unidades da Saúde da Família trabalhassem com a definição de território de abrangência e de equipes multiprofissionais responsáveis por um conjunto determinado de famílias com cadastramento prévio do domicílio.

Neste contexto, as equipes de saúde se aproximam primeiro da realidade da população de sua área adstrita, em seus aspectos físicos e sociais, o que possibilita integração entre equipe e usuário do serviço, e a compreensão das demandas locais para efetuar o planejamento de ações de promoção, proteção e assistência.

Epistemologicamente, a proposta era romper com a tradição do conhecimento disciplinar, segmentado e especializado, e, buscar construir conhecimento abrangente, síntese

daqueles advindos de várias disciplinas, não só da área biomédica, mas também das ciências humanas e sociais, tendo em vista “reformatar” a formação dos profissionais de saúde, na perspectiva de se obter formação geral de caráter interdisciplinar (Baptista 2007).

O processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família, em curso no Município do Rio de Janeiro desde 2009, trouxe em seu bojo algumas questões importantes, como implantação em áreas de extrema vulnerabilidade social, conflagradas pela violência armada e o desafio de promover saúde em ambientes multifacetados, com múltiplas situações de risco decorrentes das deficiências relacionadas à moradia, condições de saneamento, ocupação irregular e violência.

Esses elementos configuram-se como determinantes sociais da saúde, que em interação vão definir uma situação de saúde e o perfil epidemiológico da população, contribuindo para aumentar a vulnerabilidade de ocorrência de agravos e doenças características de territórios com precárias condições de vida.

O quadro 1 apresenta os percentuais de cobertura da ESF e também de assistência hospitalar entre 2007-2008, onde se vê a inexistência de dados sobre a ESF na cidade o Rio de Janeiro, quando o Programa de Saúde da família já existia desde 1994 e a ESF desde 2006.

**Quadro 01 – Percentual de Cobertura de Assistência Hospitalar e da ESF, nas capitais brasileiras (2007-2008)**

Capitais	% despesa assistência hospitalar	% cobertura da ESF
<b>Rio de Janeiro – 2008</b>	<b>82,1</b>	<b>3,3</b>
<b>Belo Horizonte 2007</b>	55,7	68,7
<b>São Paulo – 2008</b>	47,4	26,6
<b>Vitória – 2008</b>	13,2	66,4
<b>Porto Alegre-2008</b>	65,1	22,3
<b>Curitiba-2008</b>	57,2	32,6
<b>Florianópolis-2007</b>	3,2	75,5
<b>Aracaju-2008</b>	27,4	87,4
<b>Recife-2008</b>	60,6	52,2
<b>Salvador-2008</b>	43,1	11,7
<b>Maceió-2008</b>	56,1	26,9
<b>Fortaleza-2008</b>	57,8	26,6
<b>São Luiz-2008</b>	59,7	29,7
<b>João Pessoa-2008</b>	48,9	91,9
<b>Teresina-2008</b>	49,7	94,3

Fonte: DAB/MS.SIOPS/MS, 2008.

O quadro apresenta uma grande disparidade entre a cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro em detrimento da atenção hospitalar evidenciando o modelo hospitalocentrico

a qual o mesmo estava submetido. Esta opção governamental até 2008 corroborou para a construção de uma concepção histórica tanto de profissionais de saúde como de usuários na supremacia do atendimento médico centrado, sendo o rompimento deste um desafio para os profissionais da ESF.

Assim, é oportuno que se compreenda que a concepção de saúde é formada por meio da vivência e das experiências pessoais e estreitada pelas crenças, valores e sentimentos, e estes influenciam diretamente as pessoas na forma de enfrentamento e tratamento da doença (SILVA apud ALMEIDA, 2011). Onde a corresponsabilidade e a co-construção da autonomia frente ao cuidado, devem ser discutidas como fatores essenciais no processo saúde-doença (CAMPOS, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família realiza ampla penetração social no território, por desenvolver trabalho de campo extramuros, contextualizando fatores socioeconômicos, culturais e epidemiológicos que perpassam o cotidiano da vida das pessoas.

Os conhecimentos advindos da observação do território e dos dados produzidos nas unidades de saúde vão além do saber técnico, incorporando, inclusive, percepção de demandas subjetivas dos usuários, elementos centrais para o entendimento de problemas e necessidades identificados. Como por exemplo, o aumento da pressão arterial em usuários que residem em áreas com constantes conflitos armados.

Desse modo, a ação comunicativa e dialógica da ESF no território traz para o cenário dos profissionais de saúde problemas complexos que não se manifestam apenas nas dimensões biológicas, mas também, e em grande parte, nas dimensões social e humana, evidenciando que o conhecimento científico individualizado não consegue abarcar a complexidade, sendo essencial o trabalho em equipe / multidisciplinar e de base territorial.

No caso do Rio de Janeiro a reorganização da APS tendo como estratégia prioritária a ESF vem demonstrando significativo avanço no que tange ao acesso e a gama de serviços ofertados pelas unidades de saúde, conforme Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

O quadro 01 apresenta o aumento dos equipamentos de saúde do município e o número de unidades que sofreram reforma para adequação da estrutura e conseqüentemente maior possibilidade de acesso.

## Quadro 02 – Total de unidades inauguradas e reformadas 2009-2014 - Município do Rio de Janeiro

<b>Total de unidades inauguradas</b>	<b>101</b>
Clínicas de Saúde da Família (CF)	71
Unidades de Pronto atendimento (UPA)	14
Coordenação de Emergência Regional (CER)	05
Maternidades	02
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	07
Unidades reformadas	80

Fontes: S/SUBPAV/SAP, SAI/SUS e SIH/SUS.

Os investimentos realizados pelo município do Rio de Janeiro em novos equipamentos de saúde assim como a reforma de equipamentos já existem fizeram a cobertura da ESF no Município sair de 3,3 em 2008 para 41% em abril de 2013.

No município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2008 e 2013, mais de 2,5 milhões de pessoas passaram a ter acesso à saúde, com a ampliação de 3,5% para 41% da cobertura de Saúde da Família. Mais de 800 equipes foram implantadas e menos de 7% delas estão incompletas (cneS, 2013), neste mesmo período, foram inauguradas 71 novas clínicas da família, ampliando a rede de saúde de 100 para 194 unidades. (PMS 2014-2017, pág. 49).

Esses investimentos se traduziram em melhora efetiva no acesso aos serviços de saúde para a população da cidade, posto que o número de procedimentos realizados pela APS quadruplicou em quatro anos, saindo de cerca de 10.000.000 em 2009 para cerca de 40.000.000 em julho de 2013, conforme apresentado no Plano Municipal de Saúde em 2014.

### 4.1.1 Os desafios de promover saúde em territórios conflagrados e de extrema vulnerabilidade social: um olhar sobre o Complexo da Maré

A violência armada atravessa historicamente o cotidiano nos diversos territórios onde a ESF se localiza, exercendo grande influencia no processo de trabalho das equipes e se apresentando como um fator condicionante no processo saúde doença da população residente em espaços conflagrados.

A violência social que ocorre no Brasil e se expressa nos indicadores epidemiológicos e criminais a partir de eventos letais e não letais tem demonstrado uma magnitude e uma intensidade sem precedentes, maiores até do que as

observadas em países em situação de guerra (SOUZA&LIMA, p.1212)

A violência armada está em foco no Brasil e no mundo, estudos apontam que a violência afeta a sociedade de forma desigual. Fatores como gênero, classe social, etnia e local de moradia funcionam como passaporte de acesso para sofrer direta ou indiretamente consequências de diversos tipos de violência. A violência armada, entretanto se apresenta, no Brasil, de forma mais frequente nas chamadas periferias. Nestes espaços observa-se o uso da força armada como um elemento para domínio de território para a prática de atividades ilícitas como comercialização de drogas, emprego de serviços pirateados como TV a cabo, venda de gás e segurança “privada”. Neste contexto, as populações residentes nestes espaços não tem escolha e são submetidos às leis impostas por grupos armados (traficantes grupos paramilitares denominados de milicianos, justiceiros).

A Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO) divulgou em maio de 2015 o relatório intitulado “Mapa da Violência” este revelou que no ano de 2012 o Brasil contabilizou 116 mortes por dia em decorrência de disparo por arma de fogo, destas mortes 59% se constituíam por jovens. A fonte utilizada no estudo foi o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, gerido pela Secretaria de Vigilância em Saúde e baseado nas declarações de óbito expedidas em todo o país. O levantamento registra o local das mortes e características das vítimas, como idade, cor e gênero. Este relatório afirmou ainda que em análise realizada entre 2004 a 2012 em relação à violência estimada 160.036 mortes foram evitadas por impacto de políticas públicas como o controle de armas em decorrência do Estatuto do Desarmamento (Lei n o 10.826, de 2003).

Ao contrário do que é veiculado pela grande mídia o estudo revela que houve queda no número de mortes por armas de fogo no Sudeste do Brasil entre 2002 e 2012.

Enquanto o número de mortos por armas de fogo no Brasil, em números absolutos, aumentou 11,7%, de 2002 a 2012, a região Sudeste teve queda de 39,8% nesse mesmo período, puxada pelos estados de São Paulo (- 58,6%) e Rio de Janeiro (- 50,3%). As demais regiões tiveram aumento: + 135,7%, no Norte; + 89,1%, no Nordeste; + 34,6%, no Sul; e + 44,9%, no Centro-Oeste. (UNESCO, 2015)

Mesmo com o retrato extraído pelo “Mapa da Violência” pudemos perceber no município do Rio de Janeiro que a violência armada assumiu na última década grande destaque na mídia e grande influência na dinâmica da cidade. Os constantes tiroteios nas comunidades acarretam o fechamento das principais vias de acesso da cidade como Linhas Amarela e Vermelha e Avenida Brasil e a grande exposição nas mídias nacionais e

internacionais aliada a cobrança de instituições de direitos humanos e sociedade civil por ações mais “inteligentes” por parte do poder público..

O Estado é o responsável por regular os conflitos em nossa sociedade e a ele cabe o monopólio do uso da força para garantir a segurança do cidadão, este foi intuito que baseou a criação da polícia. No Brasil através do artigo 144 da Constituição da República Federativa, em vigor, a atividade de polícia se constitui na “segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio”. Continua a norma jurídica, afirmando que a segurança pública é exercida através da polícia federal, polícia rodoviária federal, polícia ferroviária federal, polícias civis e militares e corpos de bombeiros militares. O parágrafo 8o do artigo 144 estabelece que os municípios criem Guardas Municipais destinadas à proteção de seus bens, serviços e instalações, conforme dispuser a lei.

Assim foi dada a polícia o poder do uso da força e com ela o poder do uso da arma de fogo. Com o avanço da criminalidade em varias frentes, principalmente no aumento de oferta e demanda das drogas, os conflitos urbanos no Rio de Janeiro, aumentaram assustadoramente nas ultimas décadas, neste sentido pudemos vivenciar nas últimas décadas verdadeiras batalhas armadas em diversos espaços, porém estes apresentam como locus privilegiado as periferias e favelas dos grandes centros urbanos. Cabe ressaltar que as armas devem ser empregadas de acordo com cada cenário, respeitando a proporcionalidade do uso comedido da força, devendo o policial ser treinado continuamente e estar preparado emocionalmente para portar ou empregar uma arma no seu dia a dia.

Apesar do Estado conferir ao encarregado da aplicação da lei o “poder” de usar a força, esta somente deve ser empregada quando a lei e o bom senso permitirem, isto é, quando atenderem aos princípios da legalidade, necessidade e proporcionalidade. Porém, esta não é a realidade dos moradores de territórios conflagrados pela violência armada, neste cenário observa-se perfuração por armas de grosso calibre nas paredes das casas, nos muros e até mesmo em equipamentos sociais como escolas e creches.

Essa constatação pode ser vista conforme noticiado pelo jornal O Dia em outubro de 2013, quando alunos da ONG UÊRE tiveram que deitar no chão até o termino de mais um dia de tiroteio no Complexo da Maré, conforme fotografia 01 abaixo veiculada pelo jornal O Dia e pela instituição em redes sociais.

**Fotografia1 – Crianças e adolescentes se protegendo de tiros dentro da sala de aula no Complexo da Maré**



Imagem divulgada pela ONG Uerê mostra adolescentes tentando se proteger de tiroteio na Maré  
Foto: Uerê / Divulgação

O Rio de Janeiro apresenta um cenário onde o Estado através das policias e criminosos disputam o domínio de territórios com grande poderio bélico. É sabido que o uso de armas com grande potencial bélico como fuzis e metralhadoras se constitui como uma prática legalizada do Estado, mas a eficácia e os danos trazidos por esta utilização em cenários inapropriados trás consequências desastrosas para a comunidade local e para os próprios policiais. É claro que o criminoso atualmente utiliza deste tipo de armamento e ira utilizar qualquer meio para a manutenção do “seu” território, mas o Estado e as forças que compõe a defesa do cidadão não podem cometer a mesma insanidade, cabendo a estes agirem com a inteligência.

Mesmo com um discurso cada vez mais presente sobre humanização da polícia e com a implantação no currículo de formação profissional disciplinas sobre cidadania e direitos humanos poucas mudanças ocorreram nos últimos anos. Corrobora ainda para a manutenção desta “cultura” de violência histórica impetrada por alguns agentes de segurança dentro das comunidades pobres (favelas) o apoio por parte de determinados setores da sociedade que consideram o uso da força letal empregada em territórios conflagrados pela violência armada um mal necessário para a segurança dos demais.

[...] a criminalização da pobreza, que acentua o preconceito que já atinge as classes não privilegiadas. Mais do que ação desesperada dos pobres, o crime representa falhas das instituições: o narcotráfico, por exemplo, só se efetiva pela montagem de poderosos esquemas com conivência e participação de agentes policiais e pela presença do usuário de drogas de classe média ou alta. (Stevanim, p. 68, 2006)

O grande desafio para uma gestão integrada no que tange a segurança pública no Brasil, tendo por base este contexto, é vencer o ranço histórico de militarização das polícias no Brasil, fazer com que independente da classe social todos sejam reconhecidos como cidadãos de direitos e deveres. Prevendo ações conjuntas de caráter preventivo através da união de esforços entre a sociedade civil e os órgãos que compõem a segurança pública. Nesta direção o Estado adotou como uma das principais políticas de segurança pública, na última década, as Unidades de Polícia Pacificadora, implantado pela Secretaria de Segurança do Rio de Janeiro no final de 2008.

A experiência piloto ocorreu no Morro Santa Marta, localizado na zona sul da cidade, a proposta era ao invés de fazer incursões esporádicas, que quase sempre acabavam em confrontos armados, ocupar definitivamente o espaço para assim criar vínculos com os moradores do lugar. Para as UPPs foram destinados policiais recém-formados cujo currículo de formação foi inspirado na doutrina de polícia de proximidade, que segundo a Secretaria de Segurança abarca além da doutrina de polícia comunitária ao trabalhar em conjunto com a população e instituições locais. Os resultados foram extremamente satisfatórios, pois os confrontos armados cessaram, houve apoio da população local e a comunidade passou a receber ainda intervenções sociais para melhora da estrutura e acessibilidade.

Até o final de 2014 trinta e oito Unidades de Polícia Pacificadora haviam sido implantadas. No entanto, a proposta inicial desta da implantação ser acompanhada de serviços públicos assistenciais não se efetivou. A falta de serviços públicos assistenciais, aliada a falta de infraestrutura de trabalho para as equipes que compõem as UPPs fez com que o programa fosse colocado em xeque pela sociedade civil e por alguns membros que compõem a segurança pública, como entrevista ao então secretário de segurança pública do estado do Rio de Janeiro José Mariano Beltrame a revista *Época* em dezembro de 2014 quando questionado se o estado do Rio de Janeiro enfrenta uma guerra civil devido a 105 mortes de policiais e 416 mortes de civis pela polícia:

Só foram mortos até agora neste ano 15 policiais em serviço. Os outros estavam de folga, à paisana. Diria que esses números são de um Estado com uma história de confronto. Era para estar melhor hoje, sim, se o sistema amplo de segurança funcionasse. Não adianta ter um policial com um fuzil numa escadaria na favela. A culpa não é da desigualdade social, que existe desde que o mundo é mundo. A falta

de integração entre os vários setores e a impunidade ajudam a inflar essas estatísticas. (Época, 12/2014)

O Complexo da Maré é um exemplo de território conflagrado pela violência armada. O mesmo tornou-se bairro através da Lei municipal nº 2.119 de 19 de janeiro de 1994, mas apesar desta inserção formal ao estatuto da cidade questões relativas à infraestrutura, epidemiológicas e relativas a violência fazem parte de seu cotidiano.

A Maré (como é chamada popularmente) está situada na zona norte do Rio de Janeiro, na XXX RA, sob a responsabilidade sanitária da CAP 3.1. É composta por um conjunto de 15 comunidades, com aproximadamente 130.000 habitantes (IBGE, 2010), uma população adoecida pela carência histórica de equipamentos sociais e de saúde na região.

As primeiras comunidades foram Morro do Timbau, Parque Maré e Baixa do Sapateiro em 1940, com exceção única comunidade neste período situada em local seco, as demais foram erguidas em áreas de manguezal, neste contexto as casas eram erguidas utilizando as palafitas que existiam em demasia na região. Estas comunidades margeavam a Avenida Brasil e foram ocupadas por moradores do entorno, nordestinos imigrantes e moradores remanejados e que aguardavam alocação definitiva em um Centro de Habitação Provisória erguido na Maré na década de 1960, muitos desses moradores permaneceram no lugar.

No início da década de 1980 um programa do governo estadual intitulado “Morar Carioca” tinha uma perspectiva de remover os moradores das palafitas e através da construção de conjuntos habitacionais foram extintas as palafitas e criados os conjuntos habitacionais que deram origem a Vila do João, Conjunto Esperança e Vila Pinheiros todos na década de 1980.

O crescimento deste território e sua divisão formal em 15 (quinze) comunidades além da localização privilegiada entre as principais vias de acesso do Rio de Janeiro como Avenida Brasil, Linhas Amarela e Vermelha além do Aeroporto Internacional do Galeão fez com que a mesma se tornasse atrativa também para o tráfico de drogas.

O mapa 01 apresenta o Complexo da Maré dividida entre as suas 15 comunidades e destaca a proximidade desse território com as principais vias de acesso da cidade, podemos destacar em azul a Baía de Guanabara.

### Mapa 01 – Complexo da Maré divisão por comunidade



Fonte: <http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2014-03-25/complexo-da-mare-tera-um-militar-para-cada-55-moradores.html>

Já na década de 1980 a Maré foi ocupada pela facção criminosa Comando Vermelho (CV) e na década de 1990, com o aquecimento mundial do mercado de drogas ilícitas, outras duas facções, em parceria, Amigo dos Amigos (ADA) e Terceiro Comando (TC) ocuparam uma parte da Maré, dividindo o mesmo em duas partes. Os confrontos armados passaram a ser constantes entre os dois blocos (CV x ADA/TC).

Com o assassinato em 2002, no Presídio Bangu I, do líder da facção ADA, houve grande reestruturação do crime no Rio de Janeiro, e na Maré ocorreu o “racha” entre as facções ADA e TC, a Maré passou a ser dividida em três facções rivais. O ano 2000 também trouxe para o cenário da Maré as denominadas Milícias, facção formada por militares, ex-militares e civis que em troca de pagamentos em dinheiro “dizem” oferecer proteção, porém impõem regras militares e medo.

Mesmo com um cenário tão complexo devido a constante violência armada, a Maré comportava, em janeiro de 2015, 33 unidades educacionais, 8 unidades de saúde, 8 unidades de assistência social todas municipais (Rio Mais Social) além de organizações não governamentais atuando com iniciativas voltadas para educação, pesquisa, esporte, questões sociais e de saúde. Cabe ressaltar que todos estes equipamentos já sofreram e sofrem consequências da violência armada.

Em janeiro de 2015 o Complexo da Maré comportava sete unidades de atenção básica com equipes da ESF e uma clínica da família conforme tabela abaixo.

**Quadro 03 - Unidades de Saúde da Família no Complexo da Maré, por unidade de saúde, tipo, número de equipes ESF e ESB e ano de criação, 2014.**

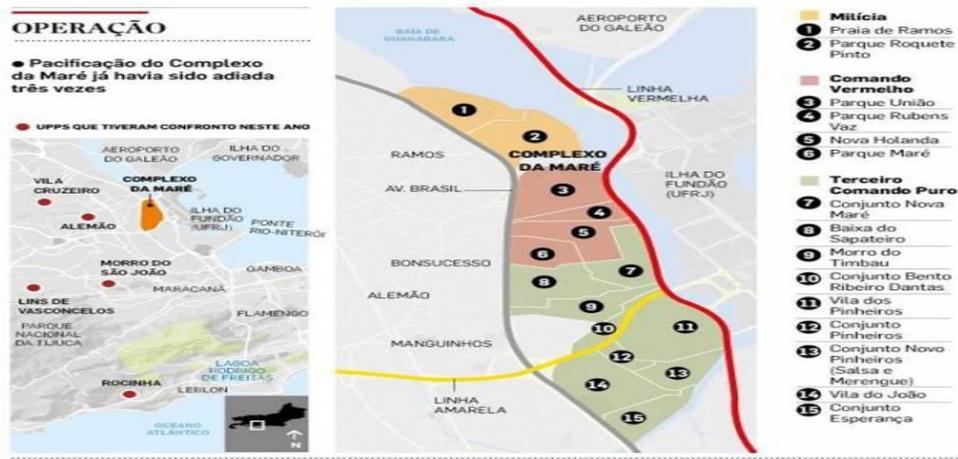
Nome da Unidade	Tipo de Unidade	Nº de Equipes Saúde da Família	Nº de equipes Saúde Bucal	Ano de criação
Clínica da Família 01	Adequada ao modelo preconizado.	06	03	12/2010
Centro Municipal de Saúde 02	Localizados nos Centros integrados de Educação popular (CIEP) possui estrutura física incompatível.	03	01	09/ 1996
Centro Municipal de Saúde 03	Localizados nos Centros integrados de Educação popular (CIEP) possui estrutura física incompatível.	03	02	09/ 1996
Centro Municipal de Saúde 04	Localizados nos Centros integrados de Educação popular (CIEP) possui estrutura física incompatível	06	02	09/1996
Centro Municipal de Saúde 05	Localizados nos Centros integrados de Educação popular (CIEP) possui estrutura física incompatível.	04	02	09/ 1996
Centro Municipal de Saúde 06	Localizados nos Centros integrados de Educação popular (CIEP) possui estrutura física incompatível.	04	Sem equipe	08/ 2012
Centro Municipal de Saúde 07	Funciona em espaço cedido pela UFRJ. Boa estrutura física.	07	03	11/ 1998
Centro Municipal de Saúde 08	Unidade tipo B - especialidades e equipes ESF. Estrutura própria. Unidade 'mãe'.	03	01	Década de 70

Fonte: Elaboração própria

Desde janeiro de 2015 a Maré comporta 36 equipes de Saúde da Família completas (com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde) atingindo cobertura de 82 % da população (SUBPAV/2015). No entanto, este quadro de equipes completas oscila pela dificuldade de manutenção de algumas categorias profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, devido à violência armada.

Em decorrência deste cenário de confrontos armados entre as facções criminosas rivais no Complexo em busca de expansão de território, que trazem transtornos dentro do território e no entorno pelo fechamento da Avenida Brasil, Linha Amarela e Linha Vermelha e pela proximidade da Copa do Mundo no Brasil, em 30 de março de 2014 o conjunto de favelas da Maré, através de acordo firmado entre o então governador Luiz Fernando Pezão e o Ministro da Defesa Celso Amorim, foi ocupada pelas Forças Militares de Pacificação, em janeiro de 2015 a Maré permanecia ocupada.

## Mapa 02 - Ocupação pelas forças de pacificação - Complexo da Maré



Fonte: <http://www.defesanet.com.br/mout/noticia/20218/GUERRA-IRREGULAR--A-Brigada-de-Infantaria-Paraquedista-na-Pacificacao-do-Complexo-da-Mare/>

A Maré é constantemente veiculada pela mídia devido aos recorrentes episódios de violência armada. Estes episódios de violência são ocasionados devido à disputa entre facções criminosas, por ampliação do território para venda de drogas e /ou serviços como venda de gás, TV a cabo (conhecida como gato net) e confrontos entre traficantes e policiais. Dentro da Maré, em janeiro de 2015, podíamos encontrar duas das três maiores facções criminosas do Rio de Janeiro intituladas Terceiro Comando Puro (TCP) e Comando Vermelho (CV) além das Milícias (formada por militares e ex-militares). O fechamento de escolas e unidades básicas de saúde continuava frequente em dias de confrontos

### 4.1.2 A Clínica da Família 01

A Clínica da Família 01 foi inaugurada em dezembro de 2010, esta é fruto da cisão de duas unidades localizadas na Baixa do Sapateiro, uma das dezesseis comunidades que compõem o Complexo, e que funcionavam em um espaço cedido pela Secretaria Municipal de Educação dentro de CIEPs. A estrutura física da CF 01 não acompanhou o modelo preconizado pela gestão do então prefeito Eduardo Paes, pois a mesma foi construída em uma unidade do Serviço Social da Indústria (SESI) que estava “abandonada” e após negociação entre a instituição e a prefeitura do município do Rio de Janeiro a mesma foi reformada e entregue as secretarias de educação e saúde.

A “opção” em juntar duas unidades já existes, teve como objetivo melhorar a estrutura para que os usuários tivessem acesso um maior número de serviço da carteira de serviços



[...] Muitas e muitas vezes... por diversas vezes a gente sai pra fazer a visita domiciliar e ai quando você esta prestes a sair não pode subir porque neste momento tá tendo confrontos esta tendo conflitos e ai você tem que retornar e refazer toda a sua organização, o que atrapalha muito, não só a nossa expectativa, porque acaba dando uma sensação de frustração porque você faz um planejamento pra fazer naquele ano, quantas visitas você pretende fazer e as vezes é um paciente que você precisa visitar em época de vacina as vacinas dos idosos por exemplo que tem que fazer em domicilio e ai você não consegue. Além da frustração tem o paciente que fica sem essa assistência. (Superior 2)

A avaliação pelo fechamento da unidade ou pelo trabalho interno em dias de confronto armado fica a cargo da gestão local em consenso com os profissionais da unidade, porém devido a constante violência armada no território a Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 3,1 firmou parceria com a Cruz Vermelha Internacional para treinamento dos profissionais do território, intitulado Plano de Acesso Seguro, citado pela gestora da CF 01 como importante instrumento de decisão.

[...] a clinica trabalha com o acesso mais seguro e classificação de risco do território. Diariamente classificamos o território como verde (atividades normais quando território esta sem conflitos), amarelo ( atividades externas, suspensa quando as áreas estão com algum conflito) e vermelho(fechamento da unidade por eventos que comprometam a segurança dos profissionais).

O Plano de Acesso Mais Seguro é um trabalho desenvolvido no Rio de Janeiro pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) tem como objetivo ajudar a reduzir as consequências humanitárias da violência armada nas comunidades conflagradas pela violência armada e carente dos serviços institucionalizados.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro iniciou a parceria com o CICV em 2009, juntamente com expansão da ESF, com o objetivo de capacitar as equipes da ESF que atuam em territórios com maior vulnerabilidade social, onde a presença de “atores” armados se mostra ostensiva, fato que se configura como entrave a consolidação da proposta da ESF por gerar temor e medo nos profissionais de saúde, dificultando a lotação de profissionais e consequências na saúde da população.

A partir dessa parceira, os apoiadores das CAPs foram treinados para serem multiplicadores da metodologia das Oficinas de Acesso Mais Seguro para as unidades vulneráveis à violência armada em seu território.

O Plano de Segurança é construído durante uma oficina, chamada de Oficina de Acesso Mais Seguro, que ocorre em 02 dias com a carga horária total de 16 horas. No primeiro dia utiliza-se a metodologia expositiva para apresentar os objetivos da oficina, a

história sumária do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) e a parceria com a SMS, intercalando com os momentos de construção coletiva dos conceitos e mapeamento das vulnerabilidades do território. O segundo dia de trabalho inicia-se com apresentação de um profissional das equipes recordando o primeiro dia e em seguida pela exposição dialogada por um grupo convidado para relatar como o Plano de Acesso Mais Seguro está funcionando na unidade e para responder as dúvidas do grupo. Em seguida elabora-se o plano de ação da unidade para ao final apresentá-lo. A partir das oficinas de Acesso Mais Seguro, os profissionais podem abrir um espaço para a discussão sobre o impacto da violência no seu dia a dia de trabalho, estabelecer ações sistemáticas protocoladas, que antes eram feitas baseadas apenas na intuição. Isso permite uma análise melhor dos riscos e proporciona maior proteção para as equipes. Após a construção dos Planos de Segurança, as unidades são capacitadas a tomarem decisões, baseadas na análise do contexto do território e na classificação de risco, diminuindo os riscos de exposição a situações de incidentes de segurança e limitando as consequências da violência para profissionais, e, indiretamente, para os usuários dos serviços das unidades de saúde treinadas.

Os encontros têm como objetivo contribuir para que os profissionais consigam entender alguns “sinais” de risco algumas mudanças no território apresentam. Por exemplo, é “normal” traficantes armados conversando comercializando drogas em algumas áreas, se o profissional não visualiza estes no território, se estão nervosos ou agitados significa que algo anormal está acontecendo, sendo necessário ficar em “alerta” ou se ocorre troca de tiros no entorno da unidade é um claro sinal que existe risco para atividades externas. As unidades usam um semáforo com as cores clássicas: verde se não restrição para trabalho no território, amarelo como sinal de alerta o que possibilita apenas trabalho interno ou vermelho que significa fechamento ou não abertura da unidade.

Os Planos de Segurança descrevem uma classificação de riscos, que vai do verde, onde é possível realizar atividades externas ao espaço da unidade, passando pelo amarelo, quando há risco de confrontos no território, e a medida protetiva mais adequada é a interrupção das atividades externas, mantendo a unidade aberta, e, por último o vermelho, quando os confrontos põem em risco os profissionais e usuários. A medida protetiva, nesse caso, é a interrupção total das atividades da unidade de saúde e o seu fechamento.

**Quadro 04 - Classificação de risco – Leve, Moderado e Grave**

LEVE	MODERADO	GRAVE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões nas esquinas sem sinal de tensão.</li> <li>- Atendimento ambulatorial (aos traficantes).</li> <li>- Crianças nas ruas ou indo para a escola.</li> <li>- Todos os comércios abertos (loais de venda de drogas abertos).</li> <li>- Caminhada dos idosos.</li> <li>- Carros e motos circulando normalmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões nas esquinas (grande número de traficantes e pessoas desconhecidas).</li> <li>- Ruas vazias</li> <li>- Trabalhar aos sábados (abrir a unidade fora dos dias comuns).</li> <li>- Mães buscando crianças nas escolas fora do horário ou liberação das crianças pelas escolas.</li> <li>- Incidentes com armas de fogo.</li> <li>- Atos provocativos entre facções criminosas e entre traficantes e policiais.</li> <li>- Tiroteios em determinados locais (VDs interrompidas nesses locais)</li> <li>- Movimentação intensa de motos desconhecidas</li> <li>- Fogos</li> <li>- Gritos, agitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiroteio generalizado ou próximo a unidade de saúde</li> <li>- Patrulhamento ostensivo por força de segurança pública.</li> <li>- Comércios fechados</li> <li>- Helicóptero / carros blindados das forças de segurança pública.</li> <li>- Unidade de saúde utilizada para servir de escudo entre traficantes e as forças de segurança pública.</li> <li>- Invasão na comunidade grupos de facções criminosas rivais.</li> </ul>
<b>Procedimentos</b>		
<b>Trabalho normal (VD)</b>	<b>Trabalho interno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Gerente</li> <li>2 – Comissões Tomada de Decisão</li> <li>3 - ACS</li> </ul>

O Plano precisa ser rediscutido sempre que houver modificações significativas na dinâmica do território, tais como ocupação do território por outra facção criminosa, ocupação policial por tempo indeterminado, por exemplo.

A classificação do Acesso Seguro pode ocorrer para toda unidade, por equipe ou até mesmo por micr área de acordo a localização dos confrontos no território.

Segundo o Regimento interno da unidade em janeiro de 2015 a clínica contava com 06 equipes de saúde da família (ESF), composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, três equipes de saúde bucal - ESB (Cada ESB atende a duas ESF) composta por dentista e auxiliar de saúde bucal e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, composto por assistente social, psicólogo, terapeuta educacional,



### Mapa 05 - Comunidade Baixa do Sapateiro



Fonte: Google Maps

Segundo Regimento Interno da CF a comunidade é originária de 1947, sendo originalmente conhecida como Favelinha do Mangue de Bonsucesso.

Iniciada a partir das obras para a abertura da Av. Brasil, a comunidade tomou impulso com a construção do primeiro grande aterro, promovido dentro do projeto de construção da Cidade Universitária, em torno da Ilha do Fundão. Com a construção da ponte Osvaldo Cruz, a região tornou-se trânsito obrigatório para quem ia e vinha do Fundão. Por essa razão, moradores expulsos das ilhas aterradas e operários da construção, iam erguendo os barracos à noite, com sobras de materiais de construção (madeira e latas), sobre palafitas de cerca de dois metros de altura. (Regimento Interno CF 01, pág. 13)

### Mapa 06 - Conjunto Bento Ribeiro Dantas



Fonte: Google Maps

Este conjunto foi inaugurado em 1992, tem como particularidade sua arquitetura inspirada no pós modernismo utilizando o tijolo e o concreto aparente. Os residentes no conjunto são oriundos de favelas consideradas de risco, como deslizamentos de terra por chuvas fortes que foram beneficiados pelo programa municipal Morar sem risco. O conjunto foi batizado por moradores como “fogo cruzado”, por ter sido erguido em uma área que dividia a atuação de duas facções criminosas rivais.

### Mapa 07 - Comunidade Nova Maré



Fonte: Google Maps

Este conjunto habitacional foi criado pelo governo municipal em 1995 para abrigar moradores oriundos das palafitas do Parque Roquete Pinto e de uma comunidade conhecida como “Kinder Ovo” ambas no Complexo da Maré.

A CF 01 apresenta como “cardápio” de serviços:

### Acolhimento Humanizado com classificação de risco

O usuário é recebido na recepção pelo agente comunitário de saúde, que ouve sua demanda e incere seus dados no sistema de prontuário eletrônico e encaminha para o local de atendimento. O usuário com consulta marcada é encaminhado ao consultório de sua ESF de referência. O usuário que não está com consulta marcada e necessita de atendimento de livre demanda é avaliado por um profissional de nível superior que determina sua classificação de risco organizando assim as prioridades de atendimento ou um agendamento para consulta futura. Além de orientar e resolver situações previstas, oportuniza ações de prevenção e diagnóstico precoce, informa sobre atividades desenvolvidas na unidade, constrói vínculos, agiliza encaminhamentos. (Regimento Interno CF 01, pág. 20)

## **Consultas programadas**

São ofertados serviços de clínicas básicas, com médicos generalistas (Alguns casos com especialistas quando em interconsultas com os profissionais do NASF), enfermeiros, técnicos de enfermagem e saúde bucal, responsáveis pelo cuidado integral dos usuários. O agendamento das consultas pode ocorrer no acolhimento da unidade, pelo agente comunitário no domicílio, reagendamentos após as consultas médicas, de enfermagem e de saúde bucal, ou após discussão de casos nas reuniões semanais de cada ESF. (Regimento Interno CF 01, pág. 21)

## **Consultas médicas, de enfermagem e odontologia**

Os profissionais atendem consultas marcadas e livre demanda, em suas grades de agendamentos incluem os programas de saúde, consultas clínicas, visitas domiciliares, reunião de equipe, grupos educativos, interconsultas com os profissionais do NASF e no caso dos enfermeiros ainda supervisão e coordenação dos agentes comunitários de saúde.

## **Pré natal de baixo risco**

O pré-natal de baixo risco é oferecido na unidade e contempla todas as gestantes cadastradas na área. É inteiramente acompanhado na unidade de saúde até o final do mesmo pelo médico generalista e enfermeiro, com encaminhamento para maternidade de referência com responsabilização e visita a maternidade pela gestante no terceiro trimestre de gestação através do programa “Cegonha Carioca”. Os exames laboratoriais necessários para seu acompanhamento também são realizados na unidade. Se a gestante necessita de um acompanhamento com pré-natalista de alto-risco ela é encaminhada à maternidade de referencia para o seu acompanhamento do pré-natal, mais continuamos acompanhando a gestante, através de visitas domiciliares e acompanhamento na unidade. (Regimento Interno CF 01, pág.23)

## **Consultas voltadas para saúde da mulher**

Estas englobam a mulher em sua plenitude, sendo oferecidas atividades de Promoção da Saúde, prevenção de doenças e recuperação. Existe um grande enfoque na importância dos exames preventivos como citopatológicos de colo de útero e exames para detecção precoce do câncer de mama, atividades e orientações sobre DST (doenças sexualmente transmissíveis) além de identificação e encaminhamento de situações de violência e uso abusivo de álcool e outras drogas, estes últimos expansivos a todos os usuários da unidade.

## **Planejamento Família**

Realizado através de grupo educativo onde se prioriza ações que possibilitem ao casal, a mulher e/ou ao homem a escolha do método contraceptivo como (preservativo, pílulas contraceptivas, orientação sobre DIU e Diafragma), encaminhamento para esterilização cirúrgica quando este é eleito pelo paciente - respeitando os preceitos legais - além de conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis, cabe ressaltar que todos os métodos apresentados são ofertados pelo serviço.

## **Acolhimento mãe-bebê, puericultura e acompanhamento no puerpério**

O Acolhimento Mãe-Bebê tem como linha de cuidado a “Primeira Semana Saúde Integral”, em que todo recém-nascido (RN) deve ser acolhido na Unidade Básica de Saúde (UBS) durante a primeira semana de vida para avaliação das condições de saúde da criança, da mãe, incentivo ao aleitamento materno e apoio às dificuldades apresentadas, aplicação das vacinas para a puérpera e criança, agendamento das consultas pós-parto e planejamento familiar para a mãe e de acompanhamento para a criança e realização da Triagem Neonatal. Assim, ela se constitui numa oportunidade de atenção à saúde da mulher e da criança em momento de maior vulnerabilidade em suas vidas. O acolhimento dessas mulheres e recém-nascidos é feito diariamente na unidade com horário integral bem como o teste do pezinho. (Regimento Interno CF 01, pág. 23)

## **Acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos**

Estes respondem cada grupo por uma linha de cuidado específica seguindo os princípios do acompanhamento determinados pelo Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que a unidade trabalha o vínculo equipe-paciente nas consultas na unidade, nas visitas e consultas domiciliares e em grupos de Promoção da saúde por entenderem a importância deste para o processo de cuidado.

## **Acompanhamento de portadores de tuberculose**

O acompanhamento aos pacientes com tuberculose ocorre através de consultas sistematizadas pelo médico e enfermeiro da equipe e principalmente através da visita do agente comunitário de saúde

que leva a dose supervisionada no domicílio. As orientações acerca do processo de tratamento e necessidade da corresponsabilização do usuário durante todo tratamento, são consideradas elementos centrais para o sucesso deste tratamento.

### **Acompanhamento da saúde do adulto e do Idoso**

Definidos pelo Regimento Interno CF como:

Cuidados promotores de saúde e preventivos da doença aos adultos. Cuidados preventivos aos idosos e acordo com uma identificação estruturada as necessidades específicas de cada pessoa e da família e orientações para atuar sobre os determinantes de autonomia e independência; Cuidados que promovam o bem-estar e a autonomia da pessoa adulta e idosa, dirigidos prioritariamente aos grupos vulneráveis, os grupos de risco e aos grupos com necessidades especiais. (Regimento Interno CF 01, pág. 25)

### **Visitas domiciliares**

Todos os membros da equipe realizam visitas domiciliares, incluindo equipe NASF e Saúde Bucal quando demandado pela equipe da ESF.

### **Grupos de educação e saúde**

Estes grupos tratam temas relativos ao público que se destina, com destaque para atividades que visam promover a saúde, a auto estima e corresponsabilização do cuidado. Estes ocorrem dentro e fora da CF, como por exemplos em praças públicas.

### **Academia Carioca: Atividade física orientada e acompanhada por profissional da educação física**

Atividade física realizada com acompanhamento de profissional de educação física específica e preparado para o mesmo. A academia iniciou suas atividades concomitantemente com a inauguração da unidade e em 2011 já se aproximava da marca de 730 alunos matriculados. O público alvo da academia são os cadastrados da área de abrangência das equipes de saúde da família, porém, a partir de Agosto de 2012 o professor iniciou um trabalho com alguns usuários de outros territórios, principalmente hipertensos e diabéticos.

A CF 01 oferece ainda imunização, coleta de exames laboratoriais, curativo, eletrocardiograma, retirada de gesso, ultrassonografia, dispensação de medicamentos controlados, testes de rápidos de HIV e hepatites, regula consultas para especialidades em outros níveis de atenção e exames não oferecidos na unidade através do Sistema de Regulação Municipal – SISREG, regula internações eletivas e de urgência/emergência através da plataforma municipal da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde –SUBPAV, maneja o tratamento e acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas e oferece grupos para combate ao tabagismo. Para o sucesso e o desenvolvimento das atividades que compõem a sua carteira de serviços a unidade busca trabalhar de forma intersetorial e com o firmamento de parcerias.

### **A CF 01 em números**

A CF 01 se caracteriza por ser a maior em estrutura e a mais adequada estruturalmente para o acompanhamento dos usuários no Complexo da Maré, esta apresentava em 2014, conforme apresentado em sua prestação de contas a população (Accountability), a CF 01 tem mais de 80 profissionais para realizar o atendimento/acompanhamento de 21.062 cadastrados, sendo que destes apenas 2,37% possuíam plano de saúde, mesmo esses utilizavam a CF 01 para serviços como imunização por exemplo.

A unidade está estruturada em seis equipes da ESF e duas equipes de Saúde Bucal, nesta todos realizam atividades de Promoção da Saúde, mas este tipo de atividade na unidade tem como principal equipamento a Academia Carioca de Saúde.

### Mapa 08 - Delimitação das Equipes da ESF na CF 01 no Complexo da Maré



Em amarelo equipe Alegria, em verde equipe Felicidade, em azul equipe Amor, em verde limão equipe Esperança, em lilás equipe Carinho e em vermelho equipe Ternura.

A acadêmica carioca está localizada dentro da área física da unidade, sendo este espaço lócus prioritário das atividades de promoção da saúde, neste espaço são realizadas diariamente atividades como propósito de melhorar a qualidade de vida dos usuários da CF 01 e do entorno. Até junho de 2014 haviam 445 usuários cadastrados e acompanhados no grupo de atividade física da Academia Carioca da CF 01

### Quadro 05 – A CF 01 em números

232 usuários	Com mais de 60 anos (52%)
330 usuários	Hipertensos (74%)
289 usuários	Com pressão arterial controlada (88 % dos 289 usuários hipertensos)
107 usuários	Diabéticos
97 usuários	Com glicemia controlada (91% dos 107 usuários diabéticos)
117 usuários	Com sobrepeso - IMC entre 25 e 30 – (26%)
186 usuários obesos	Obesos - IMC maior que 30 – (42%)

Fonte: Accountability CF 01/2014. Elaboração própria.

O relatório de prestação de contas da CF 01/2014 apresenta algumas dificuldades para a consolidação da prática da Promoção da Saúde como a falta de envolvimento no processo por parte de alguns profissionais seja pela falta de tempo ou de interesse, porém o mesmo não problematiza se existe a falta de entendimento por parte dos profissionais acerca da importância desta atividade. As estratégias apresentadas, no mesmo relatório, para enfrentamento desta problemática estão longe de atingir o cerne do problema, pois centram na preocupação de uma maior divulgação das atividades e maior integração entre profissionais, sem apontar como este último, seria operacionalizado. Um aspecto central abordado pelo relatório para a efetivação das atividades é o fortalecimento das parcerias intersetoriais. Na CF 01 em até julho de 2014 estavam cadastrados 21.062 usuários.

**Quadro 06 - Usuários cadastrados na CF 01 em julho de 2014**

712	Crianças até 02 anos
2215	Hipertensos
705	Diabéticos
2860	Famílias vulneráveis que recebiam benefícios sociais como Bolsa Família

Estes usuários e famílias tem um acompanhamento prioritário conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

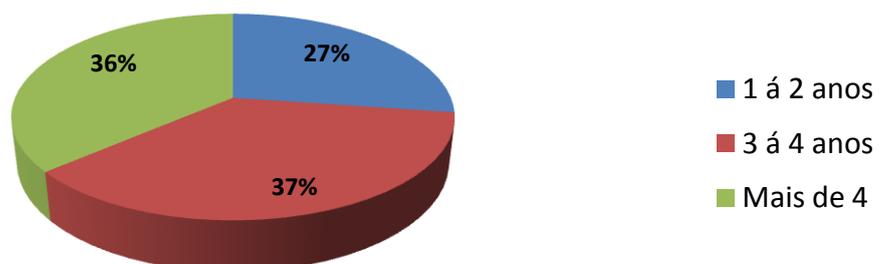
## 5 PROMOÇÃO DA SAÚDE: ampliando o olhar sobre os riscos e vulnerabilidades - alguns resultados

Para o desenvolvimento deste estudo realizamos 17 (dezesete) entrevistas semiestruturadas sendo 7 (sete) com profissionais de nível médio, 4 (quatro) com profissionais de nível superior, componentes da equipe da ESF Esperança e gestor da unidade e 6 (seis) com usuários da CF 01, destes usuários 2 (dois) com ensino médio completo, 1 (um) com ensino médio incompleto e 3 (três) com ensino fundamental incompleto. Do total de entrevistados apenas um entrevistado do sexo masculino. Ressaltamos em relação aos usuários que todos os 6 (seis) usuários entrevistados residiam a mais de 8 anos no Complexo da Maré, apenas um tinha plano de saúde, porém fazia tratamento de tuberculose na CF 01, os seis eram atendidos a mais de 3 (três) anos na CF 01 além de terem migrado das duas unidades de saúde que deram origem a CF 01.

As entrevistas tiveram como propósito identificar se e como a violência armada, a qual o Complexo da Maré está submetido historicamente, interfere na prática da Promoção da Saúde, um dos eixos da ESF. Para tanto entender por parte dos profissionais o tempo de atuação na CF 01, motivação para se trabalhar no território, escolaridade, conhecimento sobre a PNPS e formas que esta se operacionaliza no cotidiano da equipe se configuraram como elementos centrais para a consolidação deste trabalho.

Neste sentido indagamos aos profissionais o tempo de atuação na CF 01, verificamos que 73 % dos profissionais entrevistados possuíam mais de 3 (três) anos de atuação na unidade até abril de 2015 (mês de realização das entrevistas), considerando que a CF 01 foi inaugurada em 2011, estes profissionais foram pioneiros na implantação do processo de trabalho.

**Gráfico 01 - Tempo de atuação profissional na CF 01**

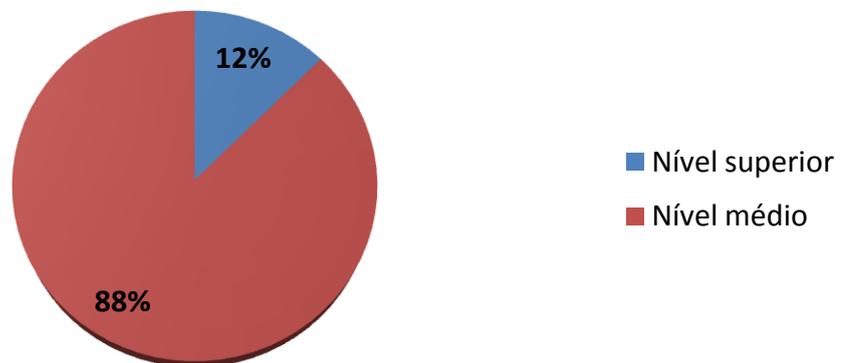


Durante as entrevistas observamos que a maior parte dos profissionais que informaram mais de 4 anos de atuação são remanescentes das duas unidades que deram origem a CF 01, destes

destacamos os agentes comunitários de saúde

Os ACS por orientação da PNAB residem no território adstrito da unidade de saúde, porém ao indagarmos sobre se os profissionais residiam na Maré observamos que 8 (oito) dos 11 profissionais entrevistados tem a Maré como seu local de moradia, dentre eles um profissional de nível superior que passou a residir na Maré após início das atividades laborais na CF 01.

**Gráfico 2 -Profissionais residentes no Complexo da Maré**



As entrevistas realizadas com profissionais residentes da Maré apontou o desejo de muitos deles em fazer um bom trabalho pela comunidade em que vivem, em minorar os efeitos da violência histórica na vida deles e dos usuários que são responsáveis. Em conversa informal muitos disseram que não deixam de trabalhar após noites mal dormidas por confrontos armados porque sabem que muitos usuários procuram a CF 01 após esses confrontos com picos hipertensivos e descontrole do diabetes, por exemplo. Fato ratificado na fala dos usuários.

[...] minha filha esta com pressão alta devido a problemas emocionais por conta exatamente da violência pois é muita historia de baleados as vezes até conhecido de perto de casa minha filha tem 17 anos e tem pavor de sair sozinha de casa. (Usuária 06)

[...] já tive crise nervosa durante episódios de violência que aumentou minha pressão. (Usuária 05)

[...] fico nervosa com ansiedade, minha pressão aumenta. (Usuária 04)

[...] adquiri a doença diabetes emocional após episódios de violência constante ae meu sistema nervoso ficou muito abalado. (Usuária 03)

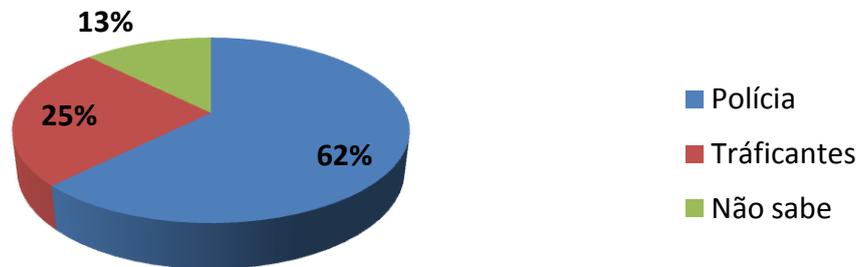
[...] a violência foi um dos motivos de eu ter me tornado hipertensa. (Usuária 01)

Podemos observar através de trechos das entrevistas que 5 (cinco) dos 6 (seis) usuários entrevistados apontam a violência armada como causadora direta de complicações da hipertensão arterial e diabetes.

Analisando as falas dos usuários percebemos que mesmo que a violência armada no território tenha como finalidade a disputa pelo território seja entre traficantes para aumento do mercado para comercialização de drogas, seja entre a polícia e traficantes pela retomada do território por parte do Estado ou pela permanência da hegemonia por parte dos traficantes, são os moradores que mais sofrem em meio a esta “guerra urbana” instaurada cotidianamente nas favelas.

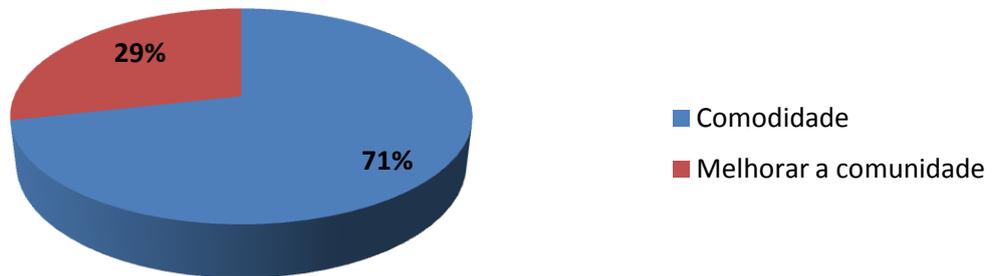
Os usuários reconhecem que a violência armada influencia diretamente nas condições de saúde da comunidade, os mesmos apontam ainda que a forma como acontece a atuação do Estado através da força policial se configura como motivador para confrontos armados no território, os usuários apontam que as incursões policiais são realizadas no horário de entrada e saída de crianças na escola e início das atividades dos postos de saúde e que estas incursões policiais deveriam acontecer durante a madrugada, pois nesta hora “ a rua é dos meninos” (usuária 6).

**Gráfico 3 - Responsáveis pela interrupção do serviço de saúde em decorrência da violência - visão dos usuários**



Em face do cenário de violência armada presente no cotidiano das equipes da ESF existentes no Complexo da Maré, indagamos o motivo pela escolha do local de trabalho, a hipótese ao formular esta pergunta decorre que se uma pessoa reside na Maré e é “obrigada” a conviver com a violência porque também escolher trabalhar na Maré? E em relação aos profissionais não residentes na Maré, porque “escolher” trabalhar em uma área conflagrada pela violência armada? Em relação a esta resposta separamos os trabalhadores em dois blocos, os que residem na Maré 7 (sete) profissionais e os que não residem na Maré 3 (três) profissionais e as respostas centraram em comodidade e melhorar as condições de saúde da comunidade.

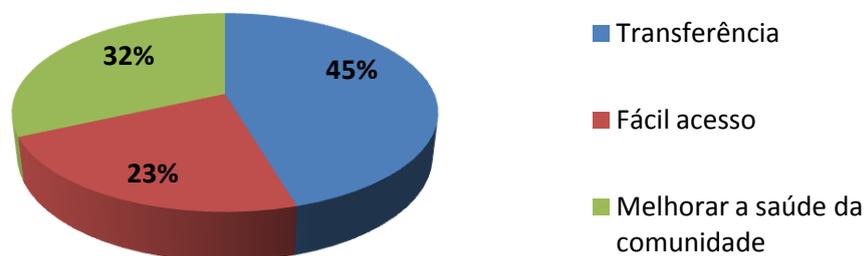
**Gráfico 4 - Por que morar e de trabalhar na Maré?**



Entre as comodidades apresentadas estão proximidade da família, levar os filhos na escola e busca-los em caso de “liberação” pela escola em horário diferenciada em caso de confrontos armados na região. Em dias de confrontos armados em horário escolas, muitos pais se arriscam saindo de locais seguros para buscar os filhos na escola, em conversa informal sobre o porquê desta prática os profissionais relatam medo de ficarem aquartelados e não conseguirem buscar os filhos.

Quando indagamos o porquê de trabalhar na Maré para profissionais que não residem no território encontramos em primeiro lugar a transferência de outra unidade fora da Maré onde estes profissionais cobriam licenças e para serem efetivados foram transferidos para a Maré, facilidade de acesso devido proximidade da CF da Avenida Brasil, Linhas Amarela e Vermelha e a vontade de melhorar as condições de saúde da população local.

**Gráfico 5 - Por que trabalhar na Maré sem morar no território?**



Por mais que o primeiro contato de maior parte dos profissionais que chegam para trabalhar em unidades de saúde localizadas em território conflagrados pela violência e em decorrência desta, direta ou indiretamente, imerso nos mais variados graus de vulnerabilidade, este profissional se depara com um lugar onde sua atuação profissional é essencial, muitos em suas falas exprimem “e se eu não fizer?”.

[...] ai quando você esta prestes a sair não pode subir porque neste momento tá tendo confrontos esta tendo conflitos e ai você tem que retornar e refazer toda a sua organização, o que atrapalha muito, não só a nossa expectativa, porque acaba dando uma sensação de frustração porque você faz um planejamento pra fazer naquele ano, quantas visitas você pretende fazer e as vezes é um paciente que você precisa visitar em época de vacina as vacinas dos idosos por exemplo que tem que fazer em domicilio e ai você não consegue. Além da frustração tem o paciente que fica sem essa assistência... no outro dia tentamos de novo...e de novo até conseguir. (Superior 3)

Neste momento fica aparente que o território, dentre muitas acepções, é uma instância de poder (RAFFESTIN, 1993). Como sinônimo de espaço geográfico, se estrutura por meio de um ‘conjunto indissociável de sistemas de ações e objetos’ (SANTOS, 1988, p.51) e na ‘interdependência e inseparabilidade entre a materialidade e o seu uso, o que inclui a ação humana’ (SANTOS, 2001, p. 147). Neste sentido, o território no campo da saúde, como espaço de produção e reprodução da vida, resulta de um conjunto de situações e acumulações históricas, ambientais, sociais que propiciam e configuram condições particulares para a ocorrência de doenças/não doença. Sua compreensão a partir do esquadramento do espaço geográfico vai revelar singularidades (processos, lugares, pessoas) importantes para identificar e localizar situações de vulnerabilidade na população, e contribuir na definição de estratégias e ações para promoção, proteção e assistência à saúde.

No âmbito do sistema único de saúde (SUS) se traduz em diferentes recortes organizativos de gestão e controle (área, área de abrangência, microárea, região de saúde, dentre outros) que pressupõe poderes compartilhados entre instâncias do Estado e da sociedade, em especial a população usuária dos serviços de saúde.

Nos últimos 20 anos o setor saúde incorpora a categoria território na análise da situação de saúde, na organização dos serviços e nas práticas de cuidado, em decorrência da incorporação anterior da noção de espaço no campo da epidemiologia, como uma abordagem fundamental para dar suporte ao conceito de risco, dada a necessidade de se localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se distribuir os indicadores sócio-econômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior (GONDIM et al, 2006, p.1).

No entanto, alguns autores afirmam que o uso da categoria território, como expressão do espaço geográfico onde a vida transcorre, não serve exclusivamente à estrita localização dos eventos de saúde. Suas potencialidades e limitações vão depender da diversidade de seus próprios conceitos e conteúdos, onde o território é, simultaneamente, produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais (MONKEN & BARCELLOS, 2005; BARCELLOS, 2005).

Por isso, destacamos neste estudo que é no território, onde os fatos acontecem e suas repercussões são percebidas na totalidade diferentes maneiras, a depender da organização sócio-espacial, cultural, político e econômica da população que o habita e o produz cotidianamente. Assim, a multiplicidade de elementos que compõem e estruturam os territórios podem modificar a percepção das pessoas sobre os riscos e vulnerabilidades distribuídos espacialmente. Daí sua importância para saúde pública, por revelar aquilo que os estudos quantitativos não conseguem explicitar.

As falas de profissionais e usuários explicitam como a violência armada interfere diretamente no processo saúde/doença em territórios conflagrados como o Maré, esta violência, muitas vezes “ditam” como será o encaminhamento das atividades do dia como trabalho interno, fechamento da unidade ou atendimento curativo emergencial devido ao descontrole da hipertensão e diabetes.

Para mensurar a intervenção da violência armada no processo de trabalho da equipe analisada e na CF 01 indagamos a profissionais e usuários sobre a manutenção da agenda de trabalho, em relação aos profissionais de nível médio que atuam na maior parte do tempo no território 100% já tiveram que modificar a agenda por episódios de violência armada no território, em relação dos profissionais de nível superior apenas 1 (um) relata que nunca teve que reorganizar sua agenda por episódios de violência armada. Quando indagamos aos usuários se já tiveram alguma consulta remarcada devido a episódios de violência apenas 1 (um) relatou o fato, porém neste momento os usuários se mostravam aparentemente incomodados com a pergunta. Após o término da entrevista uma usuária disse que não gosta de falar sobre os problemas que a violência traz *“porque sempre tem alguém que escuta. (sic)”*. Neste momento como pesquisadora pude perceber o quanto a violência aprisiona e emudece.

Os desafios estavam postos e consistiam principalmente na violência armada, histórica e cotidiana, violência que eleva muito mais que as taxas de glicose e a pressão arterial. Violência armada que aprisiona dentro da favela os medos e desejos de usuários e profissionais. Faltava entender como esses profissionais e usuários entendiam a Promoção da Saúde em um cenário tão adverso e tão cheio de vulnerabilidades?

O conceito de vulnerabilidade vai expressar, na discussão de território conflagrado pela violência, ‘os potenciais’ de adoecimento/não adoecimento relacionados a ‘todo e cada um dos indivíduos’ que vivenciam certo conjunto de condições ou situações. Na análise dessas situações há contribuições do conceito de risco, na perspectiva de lançar luzes sobre certas condições produtoras de doenças ou agravos. No entanto, a vulnerabilidade não se

apropriada dos achados probabilísticos de risco, apenas os contextualizada.

A vulnerabilidade utiliza a noção de plausibilidade, para explicar as situações de adoecimento/não adoecimento, com base na consistência lógica, na coerência empírica e na evidência prática de certa relação parte-todo. Para Gorovitz (1994) apud Ayres (2009, p. 138) o conceito de vulnerabilidade para atender aos preceitos éticos, deve incorporar três qualidades:

- A multidimensionalidade. A vulnerabilidade não é binária. Em uma mesma situação pode-se estar vulnerável a determinados agravos e não a outros. Significando que, o que vulnerabiliza, sob certo aspecto, pode proteger sob outro;
- A gradação. A vulnerabilidade não é unitária. Não responde ao modelo ‘sim’ ou ‘não’. Expressa sempre graus em que pessoas, coletivos e coisas estão vulneráveis;
- A instabilidade. A vulnerabilidade não é estável. As dimensões e os graus de vulnerabilização mudam, constantemente, ao longo tempo e espaço.

Desse modo, quando utilizamos o conceito de vulnerabilidade, estamos nos reportando a uma situação relacional, onde a responsabilidade é sempre bilateral ou multilateral. Desse modo, pessoas, coletivos ou coisas não são vulneráveis, mas estão vulneráveis a algo, de uma forma e grau diferenciados, em determinado tempo e lugar.

A vulnerabilidade, nessa perspectiva, se configura como convite a mudanças das práticas de saúde, entendidas como práticas sociais e históricas, por meio da ação articulada com diferentes setores da sociedade e a transdisciplinaridade. Possibilita repensar as práticas, sob o olhar crítico e a dinâmica dos processos, de modo a contribuir para mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, que promovam impacto nos perfis de adoecimento e morte das populações. Por essa razão, o conceito de vulnerabilidade tem implícito a dimensão das intervenções, exigindo adoção de marco referencial diverso do utilizado, historicamente, na análise de risco clássica (Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Cabe ressaltar que os conceitos-chave orientadores deste trabalho foram promoção da saúde, território e vulnerabilidade (s) elementos centrais para estruturação da pesquisa de campo e para a análise da violência armada no Complexo da Maré sob a ótica da interferência desta no setor saúde. Análise centrada, principalmente sobre a sua implicação no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, em especial, no desenvolvimento de práticas de promoção da saúde.

O conceito de Promoção da Saúde utilizado nesse estudo, para além daquele definido na Carta de Ottawa em 1986, transversaliza toda a estrutura do trabalho e está expresso na Política Nacional de Promoção da Saúde promulgada em março de 2006, que a entende como:

[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (Brasil, 2006 p.12)

[...] um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. (Brasil, 2006, p.15)

Porém, mesmo sendo este conceito o orientador para ampliação da política da Promoção da Saúde no seio da ESF foi possível perceber nas entrevistas realizadas com profissionais de saúde, responsáveis por operacionalizar na prática a promoção da saúde um desconhecimento sobre o seu conceito e propósito. Observamos que existe um equívoco do entendimento entre Promoção de Saúde e Prevenção de doenças e ainda que entre os profissionais de nível médio sem formação específica em saúde a confusão entre os conceitos se mostra mais aparente, conforme podemos constatar através das falas:

Promoção da Saúde é prevenir que a pessoa fique doente (médio 02)

[...] é prevenir a doença (médio 05)

[...] é tentar prevenir certas doenças (médio 03)

Pra mim promoção da saúde e prevenção é a mesma coisa, significa orientar, tirar dúvida dar informação e facilitar o acesso à unidade de saúde (médio 01)

Quando indagamos aos profissionais de nível superior sobre o entendimento em relação ao conceito de promoção da saúde pudemos observar três dos quatro entrevistados entendem o conceito de promoção da saúde conforme PNPS.

Promoção de saúde esta associada ideia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. A Prevenção baseiam-se no

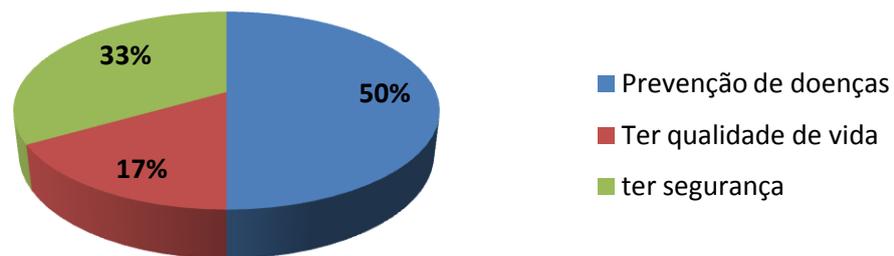
conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos. (Superior 04)

É o processo que permite as pessoas aumentar o controle e melhorar sua saúde e bem estar. (Superior 01)

É o processo de cuidado que envolve a corresponsabilização do usuário no processo saúde/ doença, doença/saúde e que não depende apenas do atendimento de saúde, mas também de toda comunidade. (Superior 03)

Quando indagamos aos usuários o que eles entendem sobre Promoção da Saúde encontramos uma relação direta entre prevenção da saúde e qualidade de vida e a necessidade de ter segurança, demonstrando a relação já apresentada pelos usuários entre adoecimento e violência.

**Gráfico 6 - Entendimento sobre Promoção da Saúde - usuários**



Como encontramos nas entrevistas dos profissionais de nível médio não existe também por parte dos usuários um domínio sobre o conceito de Promoção de Saúde empregado pela PNPS. Porém, ao serem indagados sobre a prática da Promoção da Saúde no processo de trabalho profissionais e usuário as identifica e as reconhecem como elemento central a consolidação da proposta da ESF.

[...] sempre tem palestras com orientação, ficamos sempre bem informados, e buscando conhecer mais sobre as doenças e sua prevenção. (Usuária 6)

[...] Estou atenta as orientações recebo informação para melhorar a saúde. (Usuária 4)

[...] a melhor parte do trabalho é orientar a população, nos grupos de amamentação, falar sobre tuberculose...isso ajuda muito...se a gente falar do jeito deles eles entendem. (médio 6)

[...] as atividades de promoção da saúde deve acontecer sempre que possível, em grupos ou em consultas individuais, pois permite a pessoa melhorar sua saúde e bem estar. (Superior 1)

Nessas falas, podemos perceber a relevante contribuição da Promoção da Saúde, pois

como teremos um sistema de saúde eficiente se não houver uma organização social favorável a uma vida saudável? A promoção da saúde ao atuar sobre os determinantes de saúde objetiva a melhoria das condições de vida da população atendida.

Profissionais e usuários apontam atividades em grupos, a Academia Carioca da Saúde, as visitas domiciliares e as informações e orientações nas consultas como importante na construção da corresponsabilidade por parte do usuário no processo de cuidado. Neste contexto a construção do vínculo é considerado um dos fatores responsável pelo entendimento da importância das atividades de promoção da saúde, pois estes momentos consolidam o processo de construção da corresponsabilidade entre usuários e equipe.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As favelas sempre foram (re) conhecidas pelo lócus da violência armada, tráfico de drogas e uma extrema situação de vulnerabilidade social. Vulnerabilidade esta a qual seus moradores sempre foram submetidos seja violência armada em si ou pelas consequências que esta traz a população “obrigada” a conviver cotidianamente com ela. Para quem mora ou para aqueles que como eu, morou, estuda a favela e trabalha nela, não é novidade que a favela tem suas próprias leis, Como evidenciado no decorrer deste trabalho as favelas desde sua concepção passaram a ser cenários de ausências das condições mais básicas de sobrevivência, somente com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e com a pressão da sociedade civil organizada, é que direitos sociais foram formalmente instituídos para todos, sem distinção de classe social ou local de moradia. Ressaltamos, tendo o município do Rio de Janeiro como exemplo, e pudemos verificar que a violência armada passou a “ditar” como e quais seriam as intervenções nestes espaços. As décadas de políticas focalizadas e de divergências entre as três esferas governamentais trouxeram ao município do Rio de Janeiro um legado de violência armada e vulnerabilidade, principalmente nas favelas cariocas.

No município do Rio de Janeiro podemos citar como marcos centrais para o reconhecimento das favelas como um espaço a ser reconhecido as chacinas da Candelária e Vigário Geral, ambas na década de 1990. Nesta década estes espaços passaram a ser percebidos não só como ameaça a cidade formal, mas também como pertencentes à dinâmica da cidade. Na década de 90, programas importantes como o “Favela bairro”, a implantação de postos de saúde simplificados em CIEPS (como no complexo da Maré) e em espaços alugados (Como em Vigário Geral), melhoraram a infraestrutura de algumas favelas cariocas levando saneamento básico, atendimento médico e de enfermagem e o acompanhamento dos Agentes comunitários de saúde a um importante número de cariocas. As intervenções ocorreram por parte das três esferas governamentais, porém as contradições políticas vulnerabilizaram o processo de consolidação e continuidade.

Em 2009, com uma situação política favorável para o município do Rio de Janeiro pela integração entre as três esferas governamentais, foi possível iniciar o processo de expansão da ESF como norteadora da mudança da Atenção Primária no município. Para execução deste processo a prefeitura do Rio de Janeiro firmou contrato com Organizações Sociais de Saúde e em parceria administrativa passou a investir na construção das Clínicas da Família melhoria da estrutura física de algumas unidades já existentes, contratação de profissionais e compra equipamentos de saúde no sentido de fazer da atenção primária

principal porta de entrada nos serviços de saúde e garantir que esta tenha uma resolutividade de até 80% da demanda apresentada, conforme PNS. A CF 01 foi criada nesta direção, a mesma é fruto da cisão de duas unidades de saúde que funcionavam em CIEPs, espaços cedidos pela Secretaria Municipal de Educação, unidades com estrutura física inadequada a consolidação da ESF e localizadas em áreas de difícil acesso dentro do Complexo da Maré, por estarem em locais onde acontecem constantes confrontos armados que impediam o funcionamento em dias de confrontos.

A CF 01 está localizada, conforme apresentado no trabalho, em um local estratégico dentro do Complexo da Maré, fato que dificulta o seu fechamento em dias de confrontos armados no interior do mesmo, porém, conforme pudemos observar durante a realização das entrevistas estes confrontos limitam a circulação dos usuários na comunidade, aumentando o absenteísmo (falta nas consultas agendadas) e aumentando o número da demanda espontânea após os mesmos, seja em busca da consulta perdida ou por alterações na pressão arterial ou diabetes, entre outros.

A violência armada foi apresentada por todos os entrevistados como entrave a consolidação da ESF ao impedir que atividades programadas se realizem, por influenciar no processo saúde/doença dos usuários, por trazer como aliado o medo de entrar e sair do território, por aprisionar, por adoecer. Buscando minorar os efeitos que a violência armada traz tanto no cotidiano das equipes como na vida dos usuários, a promoção da saúde é empregada como importante instrumento no processo saúde – doença / doença – saúde, ocorrendo em todas as atividades da CF 01, nas consultas, nos grupos, no corredor, no domicílio. Neste contexto a Academia Carioca da Saúde é apresentada como elemento central para consolidação do cuidado e da promoção da saúde. As ações da Academia Carioca da Saúde proporcionam hábitos saudáveis e melhor qualidade de vida e como demonstrado neste trabalho está diminuindo substancialmente a necessidade de medicamentos e atendimentos curativos entre os usuários acompanhados na CF 01.

É fato que estamos longe de vencermos décadas de retrocesso, porém a expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro que tem como lócus prioritário as favelas cariocas, espaços que se dividem entre leis formais e as leis locais se configura em uma como importante iniciativa da esfera governamental.

O processo de construção deste trabalho trouxe através das falas de profissionais e usuários que a violência armada aprisiona e deixa sequelas, aprisiona não só por limitar o ir e vir aprisiona também a voz, aprisiona as atitudes e faz adoecer. Conversar sobre isso é um tabu, durante as entrevistas muitos se mostraram preocupados em tocar no assunto. Apenas

depois de conversar, explicar e dizer que para tentar mudar é preciso falar, é que muitos deixaram fluir uma fala que parecia que há muito tempo estava guardada. Relatos de hipertensão, diabetes, questões mentais e psicológicas foram comuns a todos, profissionais e usuários que apresentaram o desejo de melhorar as condições de vida e de saúde de todos que moram ali.

Refletindo após a rica experiência de construção deste trabalho e pela vivência cotidiana no Complexo da Maré é possível influir a necessidade de adoção de medidas que busquem minorar o efeito da violência armada na vida e no cotidiano dos profissionais de saúde e da própria população, pois como podemos promover saúde se estamos em pleno processo de adoecimento? Pudemos constatar que a única ação voltada para a proteção dos profissionais é o “Programa de Acesso Seguro”, em parceria com a Cruz Vermelha que tem como objetivo a proteção física de profissionais e usuários. Como demonstrado nas falas de profissionais e usuários a violência armada traz, dentre outras consequências, o adoecimento físico e mental, e partindo deste pressuposto, observamos a necessidade de um acompanhamento diferenciado para os profissionais que convivem com a violência armada em seu cotidiano de trabalho. O sofrimento assim como o sentimento de impotência, presente nas falas, é um sintoma importante de adoecimento apresentado pelos profissionais e um elemento que interfere diretamente na qualidade e no processo de trabalho da equipe Esperança, e provavelmente de outras equipes que convivem com a violência armada nos territórios que atuam.

## REFERÊNCIAS

Aith FMA. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil / Legal framework of health promotion in Brazil. Rev Med (São Paulo). 2013 abr.-jun.;92(2):148-54.

file:///C:/Users/Carol/Desktop/Disserta%C3%A7%C3%A3o/79977-110396-1-SM.pdf

ALMEIDA, Geovana Brandão Santana; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo e SILVA, Girlene Alves da. Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. Acta paul. enferm. [online]. 2011, vol.24, n.4, pp. 459-465. ISSN 0103- 2100.

ALMEIDA, P.F. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul – APS no Brasil. ISAGS:UNASUR, 2014.

AYRES, J.R.C.M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. Saúde e Sociedade, v.18, supl.2, 2009.

\_\_\_\_\_. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39.

AROUCA, A.S. O dilema preventivista: contribuições e crítica da medicina preventivista. São Paulo. Ed. UNESP. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2003.

BAPTISTA, T. W. de F. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito a saúde. In Matta G. C. Pontes, A. L. de M. (orgs.) Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. v. 3, p. 61-80.

BAHIA, Lígia. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. – 2. Ed. Ver. Amp. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

BATISTELLA, C.E.C.2007. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. (In) Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. p.51-86.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Ed.70, 1987.

BARCELLOS, C. (2000). Organização Espacial e Qualidade de Vida; In: Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, p. 27-34, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

BARCELLOS, C.; SABORZA, P.C; PEITER, P.C. ROJAS L.I. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. Informa Epidemiológico do SUS. Volume 11, nº 3julho/ setembro 2002.

BARCELLOS C. & MONKEN M. Instrumentos para o Diagnóstico Sócio-Sanitário no Programa Saúde da Família. Fonseca A, Corbo A. (orgs.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FICRUZ, 225-265, 2007.

BRANDÃO, C.R. & BORGES, M.C. Pesquisa Participante: um momento da educação popular. Rev. Ed. Popular, Uberlândia, v. 6, p.51-62. jan./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília; Ministério da Saúde, 2001. 112p. [112p.]. ISBN 85- 3340339-9.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria MS/GM nº 957, de 30 de março de 2006, Brasília, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ. 1996.

BUSS, P.M, FERREIRA JR. Atenção primária e promoção da saúde. In: Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo e, Saúde as Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública vol.15 suppl.2 Rio de Janeiro 1999.

\_\_\_\_\_. Promoção da saúde e qualidade de vida. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5(1):163-177.

\_\_\_\_\_. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004a.

CARVALHO,S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social.Rio de Janeiro. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):669-678, 2004b.

CHIORO, A. & SCAFF, A. (1998). Saúde e cidadania: uma pequena história das políticas de saúde no Brasil. Texto de apoio didático elaborado para o Curso continuado de Epidemiologia Clínica [não publicado].

CORBO, A.M.; MOROSNI, M.V.; PONTES, A.L. Saúde da Família: construção de uma Estratégia de Atenção a saúde. (In) Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

COSTA, E.; CARBONE, M. Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

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 – Comunicação, Saúde, Educação, vol. 14, P. 35, outubro-diciembre, 2010, P. 811-823.

CUNHA, M.B. et al. O desastre no cotidiano da favela: reflexões a partir de três casos no Rio de Janeiro. *O Social em Questão* - Ano XVIII - nº 33 – 2015.

CZERESNIA, D. e RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. *Cad. Saúde pública Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública*, v.16, n.3, 2000. P. 595-617. CZERESNIA, D. (1997) *Do Contágio a Transmissão – ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D. *Do contágio à transmissão ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DESLANDES, S. F. & GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. Notas teóricas. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. (Orgs.). *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, parte I, capítulo 2, p. 99-120, 2004.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <[www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)>.

ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 238

ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health* 2007; 21(2/3):164-176.

ESCOREL S (COORD.), GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, MAGALHÃES R, SENNA MCM. *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FRACOLLI et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1135-41.

FONSECA, A.F. et al. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto enferm*. Vol.21 no.3 Florianópolis July/Sept. 2012.

FONSECA, A.F. et al. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 525- 552, set./dez. 2013.

GIL, C. R. L. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6): 1.171-1.181, 2006.

GIOVANELA, L. & MENDONÇA. M.H. *Atenção Primária à Saúde*. PMD, Cap. 16. Editora: Fiocruz, 2009.

- GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5): 951- 964, 2006.
- GONDIM, G. M. M. et al. O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-256, 2008.
- GONDIM, G. M. M. *Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2011.
- GRAVE, Fátima. *Serviço Social e Método – A contribuição do pensamento marxiano*. Programa de Pós-graduação, Rio de Janeiro, ESS / UFRJ, 2004
- HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, A.D.; SPÓSITO, E.S.; SAQUET, M. A.. *Território e desenvolvimento: diferentes abordagens*. Francisco Beltrão – PR: UNOESTE, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Territórios Alternativos*. São Paulo: Contexto, 2006.
- HAVEY, David. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo. Loyola. 2008, p. 76-96.
- HEIMAN, L. & MENDONÇA, M. H. M. A trajetória da atenção básica em saúde e o Programa de Saúde na Família no SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 2009* IBGE. Censo Nacional, 2010.
- KOSIK, Karel. *Dialética do Concreto*. 4ª edição, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986 – P. 09-54; 195-230.
- LABATE, R.C., ROSA, W.A. G. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. [http://sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48284\\_5776.PDF](http://sumarios.org/sites/default/files/pdfs/48284_5776.PDF) (acessado em 06/08/2012).
- LACERDA A.. *Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde*. 2010. 204p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- LACERDA, A; VALLA, V.V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação em espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005; pp. 279-91.
- MATTOS RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Matt os RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 45-59.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 39-64.

MARANDOLA, E. Jr. & HOGAN, D.J. Vulnerabilidade do lugar vs. vulnerabilidade sociodemográfica: implicações metodológicas de uma velha questão. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 161-181, jul./dez. 2009.

\_\_\_\_\_. As dimensões da vulnerabilidade. São Paulo em Perspectiva, v. 20, n. 1, p. 33-43, jan./mar. 2006.

MENDONÇA, M. H. M. Reorientação do Sistema de Saúde no Contexto de Mudança Social, 1992. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. Ed. – São Paulo: Iluminata, 2014.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e Território utilizado. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

MONKEN, M. et al. O Território na Saúde: construindo referências para análises em Saúde Ambiente. In: Miranda et al (Orgs.) Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. p.23-41, 2008.

MOROSINI, Márcia G.C. Modelos de atenção e a saúde da família/Organizado por Márcia Valéria G.C e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro; EPSJV/Fiocruz, 2007.

OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. F. Imprevidência Social: 60 anos de história da previdência social. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, Abrasco, 1986

OPS. Sobre la teoría y práctica de la salud pública: um debate, múltiples perspectivas. Washington; 1993.

\_\_\_\_\_. La crisis de la salud pública: reflexión para el debate. Washington; 1992.

OTTAWA. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008

\_\_\_\_\_. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. RJ - IMS-VERJ-ABRASCO, 2001.

PINHEIRO R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 65-112.

PNUD. Atlas do Brasil. <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>. Em 08.10.14.

SALA, A. et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SANTOS, M. Por uma Geografia Nova. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

SAQUET, M.A., SILVA, S.S. MILTON SANTOS: concepções de geografia, espaço e território. Geo UERJ - Ano 10, v.2, n.18, 2º semestre de 2008. P. 24-42  
[www.geouerj.uerj.br/ojs](http://www.geouerj.uerj.br/ojs)

STARFIELD, B. Primary Care: it is essencial? Lancet, n. 344, p. 1129-33, 2002. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, MS, 2002.

STEVANIM, Luiz Felipe Ferreira. A Sociedade amedontrada: estratégias eleitorais em torno da violência. Lumina- Juiz de Fora. Facom/UFUJ – vol. 9, nº ½, p. 63-75, jan/dez. 2006.

SILVA, Jailson Souza & BARBOSA, Jorge Luiz. Favela Alegria e Dor na Cidade. Senac-RJ. Rio de Janeiro, RJ, 2005.

SUTHERLAND, R. W. & FULTON, M. J., 1992. Health Promotion. In: Health Care in Canada (R. W. Sutherland & M. J. Fulton, ed.), pp. 161-181, Ottawa: CPHA.

TEIXEIRA, C. F. O SUS e a Vigilância da Saúde. PROFORMAR. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. Equidade, Cidadania, Justiça e Saúde. Paper elaborado para o Curso Internacional sobre Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS-OMS/ASDI. Nicarágua, 17 de abril a 6 de maio de 2005.

TEIXEIRA, CF e SOLLA, J. (orgs). Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância Saúde da Família, CEPS-ISC - EDUFBA, Salvador, Bahia, 2006.

VASCONCELOS, EM. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.

\_\_\_\_\_. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):67-83, 2004

YIN, R. K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 3.ed. São Paulo: Bookman, 2005.

ZALUAR, A. UM DEBATE DISPERSO violência e crime no Brasil da redemocratização. São Paulo em perspectiva, 13(3) 1999

\_\_\_\_\_. Violência Extra e Intramuros. RBCS Vol. 16 no 45 fevereiro/2001.  
<http://redesdamare.org.br/?cat=28>

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html), (Portaria 2.488/2011), acesso 05 de maio de 2015.

[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988\\_05.10.1988/con1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/con1988_05.10.1988/con1988.pdf)  
(Constituição Federal Brasileira de 1988), acesso 18 de fevereiro de 2014.  
<http://smsdc-cms-augustoboal.blogspot.com.br/> <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>, acesso 23 de janeiro de 2016.

<http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2013-10-30/estudante-da-mare-retoma-rotina-de-guerrilha-urbana.html>. Acesso 15 de janeiro de 2016.

<http://epoca.globo.com/ideias/noticia/2014/12/jose-mariano-beltrameb-temo-um-banho-de-sangue-se-alguem-der-marcha-reb.html>. Acesso 15 de janeiro de 2016.

## APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO (Gestor da CF)

1 – Identificação Sexo

Feminino     Masculino

Idade \_\_\_\_\_

Formação \_\_\_\_\_

2 – Tempo que Sr. (a) atua na gestão da CF

Menos de 1 ano

De 1 á 2 anos     De 3 á 4 anos

Mais de 4 anos

3 – Na ótica da gestão, Por favor, classifique as atividades de acordo com o que você acha mais importante para realizar na ESF.

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO 1 = muito importante, 2 = importante, 3 = pouco importante

Realizar atendimento ao paciente fora da agenda programada – demanda livre

Realizar atividades de Promoção da Saúde e prevenção de doenças

Realizar atendimento curativo

Realizar visita domiciliar

Outras: \_\_\_\_\_

N/A

4 – Por favor, classifique em que grau os eventos abaixo dificultam a sua prática

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO: 1 = interfere muito, 2 = pouco interfere, 3 = Não interfere.

Troca de tiros perto da unidade

Confronto armado na noite anterior

Incursão policial

Traficantes armados nos pontos de venda de drogas

Outras: \_\_\_\_\_

N/A

5 - A vulnerabilidade social e a violência interferem na consolidação da proposta da ESF?

Sim             Não

Se sim, como e por quê?

---



---



---

Se não, como e por quê?

---



---



---

6 - A Clínica da Família já precisou suspender as atividades por episódios de violência armada?

Sim       Não       N/A

Se sim, quantas vezes?

- 1 vez  
 De duas á quatro vezes  
 acontece com frequência

7- A violência é considerada na organização das atividades da CF?

Sim    Não    N/A

Se sim, como e por quê?

---



---



---

8 – O que o Sr.(a) entende por Promoção da Saúde? (se achar necessário pode marcar mais de uma resposta)

- Palestra e grupos  
 Atividade física  
 Escutar o paciente e auxilia-lo na resolução da demanda apresentada  
 Oferecer brindes aos pacientes que não faltarem as consultas  
 Outras: \_\_\_\_\_  
 N/A

9 - O Sr.(a) acha que sua formação o preparou para atuar na gestão da ESF?

Sim     Não     N/A

Se sim, marque até 04 das afirmações abaixo:

- Ofereceu conteúdos em Saúde Pública
- Ofereceu conhecimentos biomédicos
- Ofereceu conhecimentos das áreas das ciências sociais e humanas
- Os conhecimentos articulavam teoria com a realidade da saúde pública brasileira
- A teoria se articulava com a práticas dos serviços
- O estágio proporcionou conhecer os serviços de atenção básica
- O curso oferecia uma compreensão abrangente da saúde e dos serviços de saúde
- Houve integração ensino-serviço-comunidade
- Outras: \_\_\_\_\_

Se não, marque até 04 das afirmações abaixo:

- A formação foi apenas biomédica
- Não foram abordados temas e conteúdos de Saúde Pública
- A teoria era dissociada da prática
- Não houve integração ensino-serviços-comunidade
- Inexistia diálogo entre docentes e discentes
- Os conhecimento não foram contextualizados na realidade da saúde brasileira
- A atenção básica/ESF não foi estudada
- Há uma distância entre o que foi aprendido e o que se faz nos serviços de saúde
- Outras: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO (Profissional da ESF)**

1 – Identificação

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de enfermagem
- Dentista
- ASB/THD
- ACS

2 – Tempo que o Sr.(a) trabalha na ESF

- Menos de 1 ano
- De 1 á 2 anos
- De 3 á 4 anos
- Mais de 4 anos

3 – Tempo que o Sr.(a) trabalha na ESF na CF Augusto Boal

- Menos de 1 ano
- De 1 á 2 anos
- De 3 á 4 anos
- Mais de 4 anos

4 – O Sr.(a) reside no Complexo da Maré  Sim  Não

5 – Quantas vezes o Sr.(a) teve que reorganizar sua agenda diária por episódios relacionados a violência?

- Sim
- Não
- N/A

Se sim, quantas vezes?

- 1 vez
- de duas á quatro vezes
- acontece com frequência

6 – Quando o Sr.(a) acha que devem ser desenvolvidas as atividades de promoção da saúde? (se achar necessário pode marcar mais de uma resposta)

- Nas consultas ou visitas domiciliares
- Nas atividades de grupo dentro da unidade
- Nas atividades de grupo fora da unidade – no território
- Não acontecem

( ) Outras: \_\_\_\_\_

7 – O que o Sr.(a) entende por Promoção da Saúde? (se achar necessário pode marcar mais de uma resposta)

( ) Palestra e grupos

( ) Atividade física

( ) Escutar o paciente e auxiliá-lo na resolução da demanda apresentada

( ) Oferecer brindes aos pacientes que não faltarem as consultas

( ) outras: \_\_\_\_\_

( ) N/A

8 – Por favor, classifique as atividades de acordo com o que você acha mais importante para realizar na ESF.

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO: 1 = muito importante, 2 = importante, 3 = pouco importante.

( ) Realizar atendimento ao paciente fora da agenda programada – demanda livre

( ) Realizar atividades de Promoção da Saúde e prevenção de doenças

( ) Realizar atendimento curativo

( ) Realizar visita domiciliar

( ) Outras: \_\_\_\_\_

( ) N/A

9 – Por favor, classifique em que grau os eventos abaixo dificultam a sua prática

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO: 1 = interfere muito, 2 = pouco interfere, 3 = Não interfere.

( ) Troca de tiros perto da unidade

( ) Confronto armado na noite anterior

( ) Incursão policial

( ) Traficantes armados nos pontos de venda de drogas

( ) Outras: \_\_\_\_\_

( ) N/A

10 – O Sr.(a) acha que sua formação universitária ou técnica (faculdade/curso técnico) o preparou para atuar na ESF?

( ) Sim

( ) Não

( ) N/A

Se sim, marque pelo até 04 das afirmações abaixo:

- Ofereceu conteúdos em Saúde Pública
- Ofereceu conhecimentos biomédicos
- Ofereceu conhecimentos das áreas das ciências sociais e humanas
- Os conhecimentos articulavam teoria com a realidade da saúde pública brasileira
- A teoria se articulava com a práticas dos serviços
- O estágio proporcionou conhecer os serviços de atenção básica
- O curso oferecia uma compreensão abrangente da saúde e dos serviços de saúde
- Houve integração ensino-serviço-comunidade
- Outras: \_\_\_\_\_

Se não, marque pelo até 04 das afirmações abaixo:

- A formação foi biomédica
- Não foram abordados temas e conteúdos de Saúde Pública
- A teoria era dissociada da prática
- Não houve integração ensino-serviços-comunidade
- Inexistia diálogo entre docentes e discentes
- Os conhecimento não fora contextualizados na realidade da saúde brasileira
- A atenção básica/ESF não foi estudada
- Há uma distância entre o que foi aprendido e o que se faz nos serviços de saúde
- Outras: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO (Usuário)**

1 – Identificação Sexo

Feminino  Masculino

Idade \_\_\_\_\_

2 – Tempo que o Sr. (a) reside no Complexo da Maré

Menos de 2 anos  De 2 á 5 anos  De 6 á 8 anos  Mais de 8 anos

3 – Tempo que é atendido na CF Augusto Boal

Menos de 1 ano  De 1 á 2 anos  De 3 á 4 anos  Mais de 4 anos

4 – Antes do Sr (a) ser atendido na CF Augusto Boal onde procurava atendimento?

CMS Elis Regina

CMS Vicente Mariano

CMS Américo Veloso

Outros: \_\_\_\_\_

Por quê?

---

---

---

5 – O Sr. (a) já teve sua consulta ou outra atividade na CF Augusto Boal remarçada por causa da violência?

Sim  Não  N/A

Se sim, quantas vezes?

1 vez

De duas á quatro vezes

acontece com frequência

6 – Para o Sr (a) a violência interfere na sua saúde? ( ) Sim ( ) Não ( ) N/A

Se sim, como?

---

---

---

7 – Para o Sr.(a) o que é estar com saúde?

( ) Não ter nenhuma doença

( ) Não ter doença e estar me sentindo bem fisicamente

( ) Não ter nenhuma doença, estar me sentindo bem física e psicologicamente

( ) Não ter nenhuma doença e me sentir seguro

( ) Outros: \_\_\_\_\_

8 – Para o Sr. (a) quem é responsável por promover sua saúde? (se achar necessário pode marcar mais de uma resposta)

( ) O médico

( ) O enfermeiro

( ) O agente comunitário

( ) Você

( ) Sua família

( ) Outros: \_\_\_\_\_

9 – Para o Sr. (a) o que é Promoção da Saúde? (se achar necessário pode marcar mais de uma resposta)

( ) Palestra e grupos

( ) Atividade física

( ) Escutar o paciente e auxilia-lo na resolução da demanda apresentada

( ) Oferecer brindes aos pacientes que não faltarem as consultas

( ) Outros: \_\_\_\_\_