

VANESSA LAINO ALENCAR

A INFORMAÇÃO EM SAÚDE: FONTES E USOS NO NÍVEL LOCAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Christovam Barcellos

RIO DE JANEIRO

2012

A368 Alencar, Vanessa Laino.

Informação em Saúde: fontes e usos no nível local / Vanessa Laino Alencar. - Rio de Janeiro, 2012.
vi,78 f.: il. 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2012.
Referências: f. 72-75.

1. Vigilância em saúde. 2. Mapeamento de riscos. 3. Informação em Saúde. 4. Sistemas de Informação. 5. Participação e Território. I Título.

CDD 362.10425

VANESSA LAINO ALENCAR

INFORMAÇÃO EM SAÚDE: FONTES E USOS NO NÍVEL LOCAL

Dr. Christovam Barcellos
(Presidente da banca)

Dra. Regina Marteletto - ICICT/Fiocruz
(Membro interno da banca)

Dra. Claudia Medina Coeli - IESC/UFRJ
(Membro externo da banca)

Josué Laguardia - ICICT/ Fiocruz
(Membro suplente interno)

Simone Santos - ENSP/Fiocruz
(Membro suplente externo)

Ao autor da minha fé.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que de sua maneira, mesmo sem compreender, me apoiaram incondicionalmente.

Ao meu marido por tudo! Literalmente.

A minha irmã Monique, que da forma que pôde, com olhares solidários ou piadas em momentos oportunos, me estimulou seguir em frente. E ao meu irmão, que por mais distante que se colocasse, não me exigiu mais do que eu poderia oferecer durante esse período.

A minha sogra Vera e sogro "Didi", que me adotaram como se fora uma verdadeira filha e me ajudaram em momentos complicados do percurso.

Aos primos Dani e Flávio que sempre direcionaram palavras de compreensão ou emprestaram os ouvidos para as muitas lamentações.

À Clara, sem ela talvez eu não teria embarcado nessa jornada, obrigada por acreditar em mim, quando nem eu mesma pude fazer isso. Seu estímulo e força foram fundamentais para essa realização.

Aos meus alunos que precisaram compreender momentos de angústia e cansaço durante essa trajetória.

Às amigas Ágata e Janaina que sempre foram para mim, um exemplo de superação e coragem.

À toda equipe da Saúde do Trabalhador (da minha época), em especial Aline, Leonardo, Wanderson e Maurício (*in memoriam*).

Aos amigos Adriano e Milton, pela força principalmente na reta final.

Aos amigos de turma por todo apoio e compartilhamento, Daniele, Bruno, Cristina, Carol Pires, Carol Landi, Sandro, Nadine, Tania, Patrícia, Lise, Adriano, Marina, Mônica, Wanda, Leonardo, Jeorgina e Thiago. Os dois últimos, então, pela parceria em momentos de angústia e soluções, auxílio e trocas fundamentais para que esse trabalho fosse concluído.

A todos os professores do PPGICS.

Aos amigos e irmãos que oraram para que tudo corresse bem.

Ao meu orientador que nos momentos de ausência, permitiu o fortalecimento de minha autoconfiança e nos de presença, forneceu esclarecimentos fundamentais estimulando a ampliação de meu conhecimento.

RESUMO

O trabalho se propôs estudar as fontes de informações de saúde e sua utilização por atores sociais, profissionais de saúde e comunidade local da região do Recreio dos Bandeirantes, uma área de expansão urbana acelerada, na cidade do Rio de Janeiro, com grande heterogeneidade geográfica e social. Estas informações constituem importantes instrumentos para o diagnóstico de saúde e o planejamento de políticas públicas locais. Para isso, é necessária uma abordagem interdisciplinar e participativa, envolvendo conceitos de vigilância da Saúde, território, informação em saúde e participação popular. Para realização dessa proposta foram utilizadas metodologias qualitativas e quantitativas, uma vez que se confrontaram dados de sistemas de informação em saúde e publicações na mídia, com entrevistas aos atores sociais mencionados. Foram utilizados mapas com a localização dos agravos, confeccionados com mínimos tratamentos cartográficos, com o intuito dos mesmos agirem como dispositivos contribuintes na comunicação junto aos personagens entrevistados. Com isso mapas dos agravos relacionados ao saneamento, como, dengue, leptospirose, esquistossomose e hepatites virais e os dados disponível sobre a saúde do bairro foram contrastados com a percepção que atores sociais constroem sobre áreas de risco. Concluindo assim, uma breve investigação da eficácia dos dados e seus usos na transformação e melhoria da saúde em nível local.

Palavras-chave: Vigilância em saúde; Mapeamento de riscos; Informação em saúde; Sistemas de Informação; Participação e Território.

ABSTRACT

This work aimed to study the sources of information about health and its use by social actors, health professionals and the local community in the region of the Recreio dos Bandeirantes, an area of rapid urban expansion, in the of Rio de Janeiro, with great heterogeneity geographical and social. This information constitutes important tools for the diagnosis of health and the planning of the local public policies. For this, it needs an interdisciplinary approach and participatory, involving concepts of health surveillance, territory, health information and public participation. For realization this proposal, were used qualitative and quantitative methodologies, since confronted information system data in health and media publications, interviews with social actors mentioned. It used maps with localization of the injuries, made with minimal cartographic treatment, with the intension of its act like device contributors in the communication with the characters interviewed. With this maps of the injuries related to sanitation such as dengue, leptospirosis, schistosomiasis, viral hepatitis and the available data about the district health were contrasted with the perception that social actors constructs about areas of risk. In conclusion therefore, a brief investigation of the effectiveness of the data and its uses in processing and improving health locally.

Keywords: Health surveillance, Mapping Risks, Health Information, Information Systems, Participation and Territory.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Sistemas de Informação em Saúde	10
1.1.1 O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)	14
1.2 Vigilância, saúde e participação popular	17
1.3 Território e saúde	22
1.4 Os mapas como dispositivos de comunicação em saúde	26
2 ÁREA DE ESTUDO	30
3 OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo geral	35
3.2 Objetivos específicos	35
4 METODOLOGIA	36
5 RESULTADOS	39
5.1 O que diz a mídia	39
5.2 O que dizem os sistemas de informação em saúde	42
5.3 O que dizem as lideranças locais	47
5.4 O que dizem os profissionais de saúde	59
6 DISCUSSÃO	66
7 CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	76
APÊNDICE A - Roteiro de questões para profissionais de saúde	77
APÊNDICE B - Roteiro de questões para Líderes Comunitários/Moradores	78

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, os bairros da região da Barra da Tijuca, desde sua ocupação inicial, sofreram com a falta de atuação do poder público, que privilegiou áreas mais densamente povoadas da cidade e integradas ao seu centro. Com isso, tanto o Recreio quanto a Barra não tiveram implementadas várias obras públicas fundamentais para sua ocupação residencial. O Recreio dos Bandeirantes, pela sua própria estrutura urbana, formado majoritariamente por ruas de acesso livre nas quais a ação da iniciativa privada é limitada, é dependente de ações das esferas públicas, sendo severamente atingido pela ausência de políticas públicas. O abastecimento de água, por exemplo, só foi implementado de forma abrangente na década de 1990, décadas depois das primeiras ocupações residenciais do bairro. O problema da pavimentação das ruas, por sua vez, constituiu um grande entrave ao desenvolvimento do bairro e somente na década de 2000 foi implementado, ainda que parcialmente. Em relação ao esgotamento sanitário, o bairro recebeu finalmente investimentos da prefeitura, sendo inaugurada elevatória da Cedae em 2009, todavia o despejo de esgoto nos canais e lagoas da região continuou até os dias atuais sem a atuação mais efetiva do poder público.

A favelização ocorreu em paralelo ao loteamento e ocupação do bairro, resultando nas favelas do Terreirão, Favela Chico Mendes, Canal das Taxas, Restinga e Vila da Amizade, principalmente. Os principais problemas relacionados a estas favelas são a prática da construção irregular, invasão e desmatamento de áreas protegidas, uso ilegal de áreas públicas e a lançamento de esgotos e lixo doméstico nos canais do entorno.

Apesar do exposto, de acordo com os resultados recém divulgados pelo IBGE através do Censo 2010, o Recreio dos Bandeirantes teve um aumento populacional de 118%, com relação ao último resultado, em 2000. Para atender tal demanda populacional, o mercado imobiliário investiu em novas construções, o que não foi acompanhado por serviços básicos de infra-estrutura, especialmente em relação ao saneamento.

Deste modo, a área de estudo, bairro Recreio dos Bandeirantes no município do Rio de Janeiro, se configura como uma área de expansão urbana e que se apresenta como um mosaico social e geográfico, uma vez que sofre influências de sua localização

litorânea, da especulação imobiliária e da convivência de diferentes grupos sócio-espaciais com diferentes representações da sociedade. A configuração deste território deve ser objeto de práticas de vigilância da saúde. Para isso, é necessário compreender como a população utiliza as informações em saúde e se estas informações são suficientes e adequadas para que os cidadãos possam se colocar como protagonistas dentro de um sistema de saúde que lhes assegure essa prática. Entender o papel dessas informações para os cidadãos e para os profissionais de saúde permite a compreensão da dinâmica de saúde naquele território.

Os sistemas de informação surgem como organizadores de dados sobre a saúde coletiva, permitindo que, através de análises estatísticas se façam comparações e sejam planejadas intervenções de ordem administrativa e sanitária na saúde. Além de garantir o estabelecimento de prioridades, o acompanhamento e o controle social de políticas públicas de saúde. Assim, mediante análise quantitativa, podem-se gerar análises correspondentes aos dados coletados e, a partir desses resultados, conhecer a situação de saúde de territórios. Este estudo foi complementado por uma análise qualitativa dos levantamentos, a fim de responder as seguintes questões ao longo do trabalho: Essas informações coincidem com as percepções sobre situação de saúde dos líderes locais? A população se reconhece nessas estatísticas? O que esses dados escondem? Como os profissionais de saúde vêem a situação de saúde local?

Estas questões nortearam a pesquisa de campo e o trabalho com dados secundários. Por meio do confronto entre diferentes fontes de informação, buscou-se compreender o papel das informações em saúde para a gestão no nível local, bem como sua apropriação pela população.

Para isso, foram usados conceitos de sistemas de informação, vigilância em saúde, participação popular e território, revisados a seguir.

1.1 Sistemas de Informação em Saúde

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um marco histórico relacionado à união da saúde, comunicação e informação no Brasil, pois com a descentralização das competências entre as esferas de governo, os sistemas de informação passaram a ter papel de destaque na comunicação dentro do novo modelo de promoção da saúde. A

Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001) deu um importante passo na garantia do direito à saúde com a criação do SUS. Seus princípios apontam para a universalização dos serviços de saúde que deixam de ser restritos, e da mesma forma, passam a ser norteados pela descentralização. A implantação do SUS teve como *locus* principal a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília. As 11ª e a 12ª CNS, realizadas em 2000 e 2003, respectivamente, reafirmaram a importância estratégica das ações de comunicação e informação para garantir a participação e o controle social da sociedade nas ações e nas políticas públicas de saúde (OLIVEIRA, 2004).

Os sistemas de informação surgem como organizadores de dados sobre a saúde coletiva, permitindo que, através de análises estatísticas se façam comparações e sejam planejadas intervenções de ordem administrativa e sanitária na saúde, além de garantir o controle social no que diz respeito às políticas públicas de saúde.

Anteriormente, no Brasil era comum a utilização de indicadores de saúde feitos por meio de estimativas. Não havia até 1970 um Sistema de Informação em Saúde (SIS) direcionado a coletar dados de saúde agregados a todos os estados brasileiros. As informações obtidas por estimativas restringiam-se em fornecer indicadores desagregados por regiões (ALMEIDA; ALENCAR, 2000). Os mesmos autores destacam que alguns esforços não relacionados a amostras baseadas em dados censitários, concentravam-se no Sudeste e Sul do país. Tais modelos ainda refletiam a lógica centralizadora da política brasileira daquele período.

Durante toda a década de 1970 e início da de 1980, a questão tecnológica fez com que perdurasse o modelo supracitado, pois,

Com computadores de grande porte e, portanto, as atividades de gerenciamento dos sistemas que englobavam a introdução de críticas de dados, análise de consistência e a avaliação de cobertura situavam-se no nível federal de gestão de saúde (ALMEIDA; ALENCAR, 2000).

Somente entre 1980 e 1990, expandem-se sistemas de morbidade, mortalidade e nascidos vivos na produção de indicadores que retratavam as condições de saúde das regiões brasileiras, porém ainda com falhas na cobertura nas Regiões Norte e Nordeste. Após esse esforço,

No transcorrer dos anos 90, várias atividades foram desenvolvidas por diferentes atores institucionais na direção da superação dos problemas existentes nos sistemas de informação de abrangência nacional. Os

Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC) tiveram seus documentos básicos de coleta revistos [...] (ALMEIDA; ALENCAR, 2000).

Durante e após esse período, vários outros SIS surgem no cenário nacional, que podem ser agrupados em quatro áreas, de acordo com Viacava (2002):

- Estatísticas vitais: produzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- Estatísticas de produção de serviços ambulatoriais e hospitalares: coletados pelas secretarias de saúde e consolidados por sistemas como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações sobre Atenção Básica (SIAB),
- Estatísticas na área de vigilância epidemiológica e monitoramento da situação de saúde: são organizadas no Sistema de Agravos de Notificação (Sinan), no Sistema de Nascidos Vivos (Sinasc) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);
- Estatísticas relacionadas aos recursos públicos e orçamento do sistema de saúde: estruturadas no Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOP).

Todos esses sistemas têm o gerenciamento final na esfera federal, porém passam pelos níveis municipal e estadual. Quanto ao IBGE, merece destaque a atuação em pesquisas como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), Pesquisas de Orçamento Familiar (POF). Todas realizadas entre 1981 e 1998 com grande contribuição para o traçado do desenho da saúde brasileira.

Apesar do relativo avanço dos SIS no Brasil, alguns autores destacam problemas e limitações recorrentes nesses sistemas, elencados abaixo:

- Falta de mecanismos gerenciais, pois segundo Branco (1996) e Almeida e Alencar (2000), a ausência de tais mecanismos dificultam a

normatização dos sistemas e o estabelecimento de instrumentos de controle de qualidade. Esse fato geraria prejuízos principalmente nas informações no nível local;

- No caso de Inquéritos Populacionais, conforme propõe Viacava (2002), o nível de agregação dos dados nesses inquéritos dificultaria a análise do acesso e uso de serviços de saúde ou análise de grupos específicos; O mesmo trabalho destaca que também podem ocorrer erros sistêmicos relacionados a não resposta, gerando algum tipo de falta de informação;
- Silva et al. (2007), destacam a dificuldade de acesso das informações contidas nesses sistemas aos usuários do SUS de maneira universal, fator que dificulta o controle social previsto na legislação;
- Falta de capacitação técnica dos profissionais que alimentam os sistemas (MORAES; SANTOS, 2001; LAGUARDIA et al., 2004);
- Desenvolvidos com tecnologias antigas, dificultando adequação e flexibilidade com as esferas do governo (MORAES; SANTOS, 2001; ALMEIDA; ALENCAR 2000);
- Sistemas fragmentados, não se relacionam entre si (MORAES; SANTOS, 2001; MORAES; GOMEZ, 2007).
- Subnotificações de ocorrências destacadas em diversos trabalhos pesquisados, relacionados a quase todos os SIS descritos acima.

Além dessas questões estruturais e gerenciais dos SIS chama-nos atenção a dimensão social que está inserida na lógica dos mesmos, já que a informação possui uma dimensão política e estratégica para os processos decisórios nos conselhos de saúde (SILVA et al., 2007). Quanto aos conselhos de saúde, são organizações da sociedade civil que contam com a participação popular no que diz respeito às demandas e gerenciamentos do SUS, de acordo com o previsto na legislação vigente. Tal dimensão social ganha seu destaque político que somente poderá ser plenamente exercido quando o acesso democrático a informação em saúde for pleno.

A interação entre a participação social, o acesso à informação desempenhado pela informação e comunicação no campo da saúde ocorre quando o direito à informação e o papel mediador da comunicação são tratados como uma questão de

direito de cidadania. Ao mesmo tempo em que a legislação brasileira garante a participação social nas decisões de saúde, na prática os sistemas de informação em saúde não são direcionados de forma igualitária à população, pois o acesso e sua construção não são tão claros para a sociedade em geral, o que dificulta o exercício da cidadania, fazendo com que o estado esteja no controle das operações de forma soberana. Moraes e Gómez (2007) ressaltam que:

Observa-se que a informação em saúde surge de um certo ‘pré-juízo’ de sinais, sintomas, signos e práticas relacionados ao processo de saúde/doença/cuidado que, em um determinado contexto histórico, adquirem relevância política e social: tornam-se eventos que justificam seu monitoramento, sua visibilidade, sua vigilância através de dispositivos de Estado no exercício de um biopoder.

Ou seja, quando menciona-se controle social, a partir da CF 1988, o mesmo termo é empregado para designar tanto controle da sociedade sobre o Estado e o Estado sobre a sociedade (SILVA et al, 2007). Isso remete à reflexão de que o Estado, com pleno acesso à informação em saúde, através do gerenciamento dos SIS, e esperada capacidade técnica para interpretá-las, teria relativa vantagem sobre a população que por vezes nem sequer teria acesso a tal informação.

Autores como Moraes (2005) e Silva et al. (2007) apontam que existem diferentes interesses e disputas envolvidas nas ações de disseminação da informação em saúde e que o acesso à informação amplia a capacidade de argumentação dos sujeitos envolvidos no processo democrático e que isso perpassa pelas relações de poder e produção de saber.

1.1.1 O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Como esta pesquisa utilizou dados provenientes do Sinan, cabem alguns esclarecimentos sobre este sistema.

O Sinan foi desenvolvido na década de 1990 (LAGUARDIA et al., 2004; BRASIL, 2005) e foi concebido pelo Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), com o apoio técnico do Datasus e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte para ser operado a partir das unidades de saúde, considerando o objetivo de coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, desde o nível local.

O seu desenvolvimento também objetivava como prioridade o estudo da história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, além de detectar surtos ou epidemias (LAGUARDIA et al., 2004).

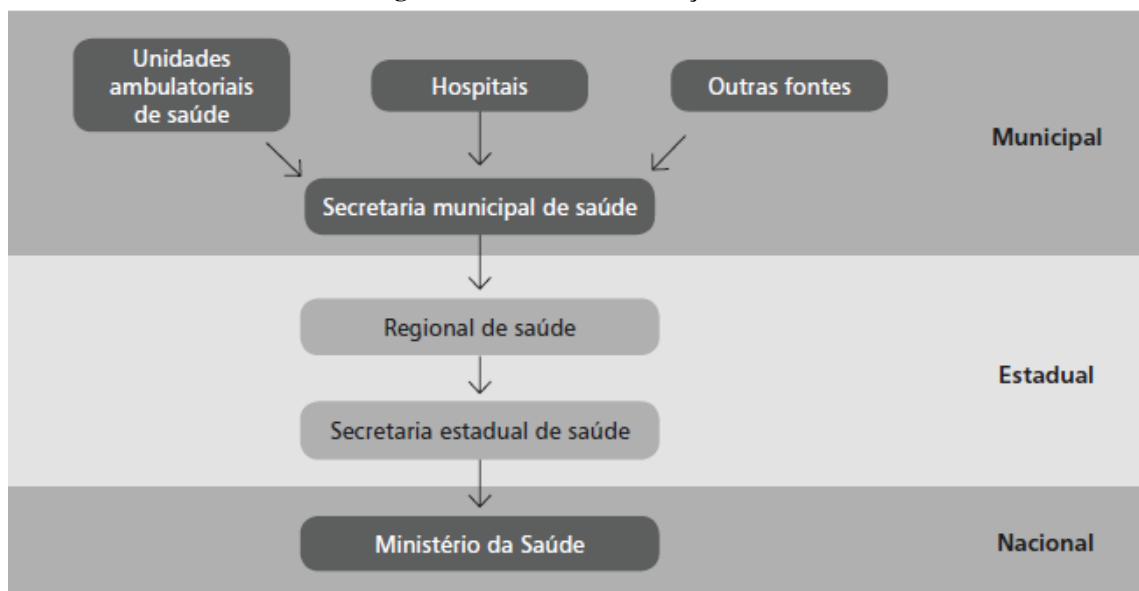
Quanto o alcance da coleta das informações, de acordo com o citado documento do Ministério da Saúde, (2005, p. 68):

Mesmo que o município não disponha de microcomputadores em suas unidades, os instrumentos deste sistema são preenchidos neste nível e o processamento eletrônico é feito nos níveis centrais das secretarias municipais de saúde (SMS), regional ou secretarias estaduais (SES).

Para que o procedimento acima ocorra, o Sinan conta com dois formulários padronizados, a Ficha Individual de Notificação (FIN) e a Ficha Individual de Investigação (FII). A primeira é preenchida sempre que um indivíduo está com suspeita de um agravo passivo de notificação compulsória (agravo de interesse nacional, estadual e municipal de acordo com a portaria GM nº 2325 dez/2003).

Após o preenchimento dessas fichas segue um fluxo de informação previamente definido pelo Ministério da Saúde (figura 1), segue abaixo o modelo:

Figura 1 - Fluxo de informação /MS



Fonte: Brasil, 2005.

Além das fichas mencionadas, alguns agravos precisam ser notificados (figura 2) imediatamente, antes mesmo das fichas serem digitadas no sistema informatizado. São eles:

Figura 2 - Agravos notificados

Caso suspeito de	Febre hemorrágica do dengue	Botulismo
	Hantavirose	Carbúnculo ou antraz
	Paralisia flácida aguda	Cólera
	Peste	Difteria
	Raiva humana	Doença meningocócica
	Variola	Febre amarela
	Tularemia	
Caso confirmado de	Poliomielite	Tétano neonatal
	Sarampo	
Surto, agregação de casos ou agregação de óbitos por	Agravos inusitados	
	Doenças de etiologia não esclarecida	
	Febre hemorrágica ou etiologia não esclarecida	

Fonte: Brasil, 2005

Todos os dados também possuem uma periodicidade para serem encaminhados para a Secretaria de Vigilância em Saúde, nível federal.

Porém, o SINAN ainda resguarda alguns desafios relativos ao seu desenvolvimento no campo tecnológico.

A proposta desse SIS se torna densa no que diz respeito ao seus objetivos, por esse motivo algumas críticas são apontadas no processo de utilização e desenvolvimento de um aplicativo que abarque tudo o que se propõe. Durante esse processo foi desenvolvido principalmente dois aplicativos, o Sinan-DOS e o Sinan-Windows.

Quanto às limitações aos mesmos, aspectos críticos com relação ao Sinan, quando à implantação do aplicativo Sinan-DOS, é possível elencar o seguinte, de acordo com Laguardia et al (2004):

- *Quanto aos instrumentos de coleta:* a construção de formulários para preenchimento dos dados não se baseou em critérios pré-definidos, fator que gerou um grande volume de campos nas fichas de investigação dos agravos, fazendo que muitos não fossem preenchidos ou substituídos pela categoria sem informação;

- *Quanto à qualidade dos dados:* usuários constataram que a qualidade dos dados era insatisfatória, por haver duplicidade de registros, ausência de padronização

nas tabelas do sistema informatizado, críticas quanto à consistência dos dados (por conta do preenchimento automático de alguns campos) e falta de capacitação técnica dos profissionais de vigilância epidemiológica.

Tal aplicativo foi aperfeiçoado e o mesmo autor aponta os avanços quanto à aplicação do Sinan-Windows. A partir disso houve a modificação das fichas de coleta e as fichas de investigação de casos se restringiu à Lista Brasileira de Notificação Compulsória, o programa incluiu a notificação de surtos epidêmicos, incorporação do TabWin, inclusão de rotina de descentralização da base de dados, possibilidade de identificação das principais inconsistências, entre outros.

Mas, avanços técnicos nem sempre são suficientes para alavancar a qualidade de um SIS. Laguardia (2004, p. 146) chama a atenção para o seguinte:

Acreditamos que o grande obstáculo ao sucesso de qualquer sistema de informação para a vigilância epidemiológica encontra-se na ilusão de que a solução de grande parte dos problemas pode ser garantida pela utilização dos recursos da informática, passando para segundo plano, em importância, a definição das normas operacionais de um sistema de informação, os investimentos em recursos materiais e humanos e, fundamentalmente, o estabelecimento de uma política de gestão e disseminação da informação.

1.2 Vigilância, saúde e participação popular

O termo “vigilância” remete a sinônimos relativos a atenção, cautela, cuidado, entre outros. Porém no que diz respeito à área da saúde, vigilância pode ter múltiplos significados dependendo do contexto histórico, político-social pelo qual será utilizado.

Cronologicamente podemos traduzir o termo através de diversos recortes temporais, contudo para o desenvolvimento desse trabalho bastará revisar a utilização do mesmo a partir do início do século XX até os dias atuais. Ao analisarmos a evolução das discussões a respeito de vigilância voltada para as questões de saúde pode ser bem mais entendida pelo seu significado político (do ponto de vista de interesse) do que do ponto de vista semântico, pois vai muito além do senso comum da compreensão de tal termo, o que traz para o cenário epistemológico uma gama de sentidos em torno do conceito.

Quando investigamos o motivo dessa abrangência teórica, nos deparamos com uma substituição do modelo de controle de doenças baseado na teoria dos miasmas pelo modelo relacionado à epidemiologia e o estudo de vetores ligados a ambientes propícios para a disseminação de algum tipo de doença. A última abordagem fica cada vez mais em evidência com a chegada do processo de urbanização de algumas regiões e os desafios do campo da saúde para tais áreas.

As descobertas a respeito de um novo tipo de vigilância têm seu início no fim do século XIX, foi nesse momento que se passou a utilizar “técnicas de controle de vetores, saneamento ambiental e educação sanitária das populações” (TEIXEIRA et al., 1998, p. 11). Assim, o termo vigilância passou a adquirir a noção de vigilância epidemiológica e esse entendimento foi desenvolvido durante as primeiras décadas do século XX e somente a partir da segunda metade do mesmo século foi utilizado de forma mais extensa, incorporando assim a discussão sobre risco e perseguindo identificar os fatores de risco.

Porém, com o avanço das pesquisas e também da sociedade, emergiram novos debates sobre a vigilância e seu foco nas questões de saúde. Conforme Teixeira et al. (1998), em meados dos anos de 1970, começou-se a discutir a possibilidade de integração entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária. Cabe ressaltar que a primeira vigilância se ocupava de controlar os casos que surgiam e a segunda controlar os ambientes, produtos e serviços. Mas as novas interpretações davam conta de que apesar de nítida a diferença entre as vigilâncias, dependendo do recorte espacial de atuação das mesmas, não seria necessário que funcionassem de forma independente, pois se tal recorte fosse muito pequeno, como no caso de alguns municípios não haveria justificativa para se institucionalizarem separadamente. Conforme o autor:

Isso gerou, inclusive, a reflexão sobre os limites e possibilidades de “integração” institucional das “vigilâncias”, debate ainda atual, na medida em que se avance para a formulação e implementação de um sistema de Vigilância da Saúde como proposto, inclusive, em uma oficina de trabalho realizado no Congresso Brasileiro de Epidemiologia realizado em 1995 (TEIXEIRA et al., p. 12, 1998).

Sendo tratada como Vigilância da Saúde desde o período citado pelos autores, o termo vem sendo assumido pelos estudiosos e profissionais que apoiam a união entre questões sanitárias e epidemiológicas de forma a atender espaços menores no que diz

respeito à qualidade de vida de uma população e suas particularidades. Ainda se percebe questionamentos a essa proposta, porém é justamente através das variações explicitadas por conectivos entre as palavras vigilância e saúde que temos as diferenciações ideológicas. A exemplo temos as seguintes vertentes de debate: “vigilância da saúde”, “vigilância em saúde”, “vigilância à saúde”, entre outros.

O termo vigilância da saúde traz consigo uma compreensão que abrange práticas significativas no âmbito da pluralidade das questões de saúde. Permite um olhar atento a questões técnicas, políticas e sociais, de forma que para que seja bem realizada, a vigilância da saúde precisa atentar para os saberes científicos em conjunto com as demandas trazidas pela população e as intervenções políticas que permeiam o ambiente de interesse.

Por conta desse arcabouço de significados, a vigilância da saúde no Brasil deve acontecer com o intuito de garantir o cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990), que menciona a descentralização dos serviços de saúde. Porém, o processo de implantação da lei 8080, foi bastante debatido no que diz respeito às questões de cidadania. Esta lei garante o processo de municipalização dos serviços de saúde e o controle social dos mesmos, ou seja, uma população atuante no cenário de saúde local, cujas demandas devem ser trazidas, ouvidas e discutidas para efetivação das políticas de saúde.

A representação social passa a ser ponto de discussão e incluída em Normas Operacionais Básicas como a NOB SUS 01/93, que tem como um dos objetivos disciplinar a implantação, inclusive no que tange aos recursos financeiros, e o processo de descentralização do SUS. Essa NOB reconhece que a implantação do SUS é um processo e que as questões da gestão são bastante complexas de modo que não se buscam rupturas, mas permitiu a criação de foros de debate e negociações entre comissões intergestoras e conselhos de saúde. Esse movimento permite a primeira “parceria” direta entre sociedade e governo no que diz respeito à gestão de uma política pública. Além da NOB 01/93 a NOB 01/96, que define o campo de atuação do sistema em três componentes: o da assistência à saúde, o das demandas ambientais e o das políticas extra-setoriais, resgatando o princípio constitucional da integralidade e permitindo a construção de um modelo assistencial que incorpora, ao modelo

tecnológico clínico dominante, o modelo epidemiológico. De acordo com Teixeira et al. (1998):

Durante a elaboração da NOB 001/96, além da tentativa de definir um critério populacional padrão para a definição do volume de recursos financeiros que caberia a cada município habilitado para as ações básicas, foram introduzidos diversos fatores de estímulo. À implementação de inovações, entre as quais o Programa de Saúde da Família (PSF) e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Mas cabe esclarecer que, apesar da vigilância da saúde mencionar a importância da participação popular, tal participação não era tão valorizada durante um período da história política do país. Durante o período em que o Brasil foi governado pelos militares, a população não era tão atuante e uma gestão participativa não era mencionada naquele momento. Porém, durante a década de 1980, houve um grande movimento a favor da abertura política como forma de negação à ditadura militar no país. Com a Constituição Federal de 1988, foram criados mecanismos voltados para o exercício do controle social no país, principalmente no setor saúde. A abertura política possibilitou um grande avanço relacionado à participação popular nas políticas públicas, porém somente em 1990, a Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, veio para definir o papel da sociedade na gestão dos serviços de saúde.

Esse avanço na legislação fez com que a população, outrora apenas no papel de usuária, passasse a ser outro ator com participação ativa, por meios democráticos onde passam além terem direito ao serviço de saúde, também a ter o papel de deliberar sobre o planejamento, formulação, execução e fiscalização das ações de saúde. Inclusive podem e devem participar da gestão financeira do SUS.

Além disso, a Lei mencionada institucionalizou os meios de exercício do controle social, representados principalmente por Conferências e Conselhos de Saúde. As conferências são encontros que ocorrem com periodicidade pré-determinada, contam com a presença de gestores, representantes da sociedade (usuários dos SUS, sindicalistas, etc.) e tem o objetivo de estabelecerem metas para os anos do governo vigente. Já os conselhos de saúde são delegações permanentes, compostas por cidadãos que são denominados conselheiros de saúde que se reúnem diretamente com os gestores municipais, estaduais e o que é discutido ao longo dessas reuniões será levado para as conferências estaduais, regionais até chegar à conferência federal. Essa relação entre a

comunidade e os gestores possibilita o encaminhamento de suas demandas de acordo com a realidade local.

Todo esse movimento, oriundo de conselhos e conferências de saúde, possibilita a efetiva participação popular organizada. Assim, podemos dizer que a participação popular se efetiva no SUS, pois somente é efetiva quando pretende ou consegue modificar o orçamento e investimentos estatais, de modo a oferecer os serviços básicos de qualidade para a população (VALLA, 1992). Ações possibilitadas por essa gestão tripartite (trabalhadores de saúde, dirigentes e representação popular), proporcionadas pela legislação vigente.

Todavia, um país de dimensões continentais como o Brasil, possui diversas características e movimentos diferenciados em sua composição, apesar da legitimação de ações em forma de Lei. Sem dúvida o SUS representa um avanço no que diz respeito à política pública de saúde após um período longo de ditadura, no qual os movimentos democráticos não eram suficientemente valorizados. Apesar disso, ainda é possível destacar alguns obstáculos para que a participação popular realmente seja plena.

Nem sempre as necessidades particulares de cada comunidade na elaboração de propostas de intervenção em um serviço de saúde são observadas, o que reflete diretamente na melhoria do serviço prestado. Pois se algumas demandas trazidas pela população não forem levadas em consideração, a prestação do serviço será realizada como um molde aplicável a qualquer tipo de situação, porém sem flexibilidade para se ajustar a situações distintas em sua forma. Ratificando esse olhar, Cortes (2002, p.127) destaca que:

Maior participação de usuários não garante a redução das iniquidades na promoção de cuidados de saúde para a população. No entanto, a consolidação de fóruns participativos pode auxiliar a democratização das instituições brasileiras, dando voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema público.

A cidadania ativa, prevista na Constituição Federal de 1988, incentiva que a comunidade participe da gestão dos serviços públicos de saúde, mas sabe-se que se mantém uma estrutura burocrática em tais serviços que podem impedir tal participação de forma plena, dificultando algumas intervenções por parte da população. E, além disso, apesar das Conferências e Conselhos de Saúde, não existem outros mecanismos

institucionalizados para que a população participe mais efetivamente, como por exemplo, canais de encaminhamento de questões e/ou sugestões de gestão por parte de usuários regulares, que porventura não participem como representantes dos Conselhos de saúde ou não possuem acesso aos mesmos. Até mesmo porque os conselheiros de saúde nem sempre representam a totalidade de questões de uma população, pois haja vista os seus interesses políticos, se estes são gerais ou particulares.

O fato é que o conhecimento popular deve ser valorizado. Para isso, a população necessita ter acesso à informação proveniente do ambiente acadêmico, dos profissionais de saúde e mesmo sobre seu espaço de vivência. Muitas informações que chegam ao usuário da saúde são produzidas de forma vertical, onde o saber institucionalizado ganha maior valor frente ao que o cidadão comum produz junto à sua comunidade. Alguns autores, como Marteleto e Vala (2003), apontam as formas possíveis de garantir que a população participe do debate sobre as prioridades de saúde, como prevê o SUS. Esses autores chamam a atenção para a importância do conhecimento popular, pois os mesmos representam as redes sociais e trazem demandas que, segundo esses autores,

[...] os estudos mais recentes da área de comunicação na intervenção social chamam o resultado dessas interações de saber social, aquele que nasce como potencialidade, do diálogo entre o saber cultural ligado à experiência e o saber acadêmico.

Dessa forma, para que as questões sociais sejam, de fato, solucionadas se faz necessário que as questões relacionadas às práticas populares de saúde sejam também ouvidas no âmbito acadêmico, além dos locais destinados aos serviços saúde, conselhos e conferências de saúde.

1.3 Território e Saúde

Diante da realidade social exposta pelos autores citados anteriormente surge uma nova forma de interpretar conhecimentos no campo da saúde e para tal é necessário que se atente e recorra cada vez mais às outras áreas do conhecimento e de outros saberes. Dessa forma, as ciências sociais e da natureza podem auxiliar a vigilância da saúde de forma estratégica, tal ideia é ratificada por Campos (2003, p. 579), quando diz que:

A ampliação da definição de causa dos problemas de saúde exige a incorporação de novos saberes presentes em menor peso, no setor. As ciências sociais, o planejamento urbano, o planejamento estratégico, a geografia, a educação para a saúde, as ciências do meio ambiente, a comunicação social são algumas das disciplinas necessárias.

No caso da geografia, já que é a disciplina que norteia algumas discussões no decorrer desse trabalho, uma de suas bases conceituais diz respeito ao território. Para essa ciência, de forma resumida, o território é a base física onde se estabelecem as relações de poder. Assim, esse conceito é bastante ligado à noção de política no sentido de conflito de interesses, onde grupos distintos convivem em áreas próprias, porém cada qual em seu espaço delimitado, onde suas regras e costumes poderão ser praticadas e exigidas de suas lideranças (RAFFESTIN, 1993).

Apesar dessa definição resumida sobre o conceito de território não é raro confundi-lo ou associá-lo às noções de dominação e poder, mas segundo Souza (2001) devemos ampliar a ideia de poder e "libertá-la da confusão com a violência e da restrição à dominação, permitindo conjugar as ideias de poder e, por extensão, território e autonomia". Ao ver a palavra autonomia ligada ao conceito de território podemos compreender que na sociedade atual, onde as regras têm sido regidas por meio da velocidade de circulação da informação, seria dentro do território onde os grupos teriam sua identidade mais nítida e praticada. Souza (2001) e Santos (2008) utilizam argumentos distintos para esclarecer e explicar tal ideia, como podemos ver:

[...] outra forma de se abordar a temática da territorialidade, mais abrangente e crítica, pressupõe não propriamente um descolamento entre as dimensões política e cultural da sociedade, mas uma flexibilização da visão do que seja o território. Aqui, o território será *campo de forças*, uma *teia* ou *rede de relações sociais* que, a par de sua complexidade interna, define, ao mesmo tempo, um *limite*, uma *alteridade*: a diferença entre 'nós' (o grupo, os membros da coletividade ou "comunidade", os *insiders*) e os 'outros' (os fora, os *outsiders*) (SOUZA, 2001p. 86).

[...] a regulação da economia e a regulação do território vão agora impor-se com ainda mais força, uma vez que um processo produtivo tecnicamente fragmentado e geograficamente espalhado exige uma permanente reunificação, para ser eficaz (SANTOS, 2008, p. 232).

Dessa forma é emergencial que cada vez mais cada comunidade dentro de uma sociedade organizada possa estabelecer formas de preservar sua identidade e em

conjunto garantir que suas necessidades sejam atendidas. Nessa lógica, podemos pôr sobre essa ótica a reestruturação das políticas de saúde brasileiras, que no caso, estão reguladas pelas normas de criação do SUS, que descentralizou as ações e, como consequência, o município aparece como menor unidade administrativa e operacional. Sendo assim, cada comunidade dentro de seu espaço deve utilizar instrumentos que permitam sua afirmação enquanto cidadão permitindo-lhes exercer seus direitos e deveres dentro daquele grupo e/ou fora do mesmo.

Aplicando esta discussão para o campo da saúde coletiva, autores como Monken e Barcellos (2005) defendem que "a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se uma delimitação espacial previamente determinada". Assim, trazem a questão entre a atuação no espaço e as implicações para a saúde local. Sendo local, cada comunidade trará demandas específicas relacionadas ao seu cotidiano, bem como soluções direcionadas para tal grupo de indivíduos. Por isso, os mesmos autores afirmam que "o reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde", mais uma vez ratificando a importância de tratar não o individual, mas o coletivo atrelado às influências de seu meio. Outra discussão trazida das reflexões de Milton Santos por Monken e Barcellos (2005, p. 901) é a noção de "território utilizado", pois para a saúde essa noção é extremamente importante uma vez que essa categoria vai além das interpretações mais antigas que dizem respeito à interdependência entre pessoa-mundo, auxiliando no esclarecimento de que "a categoria território somente pode ser utilizada mediante o reconhecimento dos atores que dele se utilizam". Entendendo dessa forma é possível transpor a ideia de que o espaço seria mais duradouro que as relações que agem sobre o mesmo, mas tais relações que mereceriam maior atenção, pois são elas que vão interferir no processo saúde-doença daquele espaço habitado, portanto do território utilizado. Assim as políticas de saúde devem passar a compreender que mais importante do que controlar ou mesmo monitorar eventos em regiões isoladas, devem conhecer cada vez mais as relações espaciais juntamente com seus atributos geográficos e sociais para poder atuar de forma plena em um local.

A geografia também contribui para analisar questões ligadas à saúde uma vez que seus conceitos chave cada vez mais surgem como ponto estratégico nas políticas

relacionadas à saúde. A exemplo disso, mais uma vez os autores supracitados defendem que:

Frequentemente, nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Uma proposta de vigilância em saúde baseada no território deve, também, considerar sistemas de objetos naturais e construídos, identificando seus diversos tipos de ações, a forma como são percebidos pela população, o papel das regras de utilização dos recursos para promover determinados hábitos e comportamentos, bem como problemas de saúde cujas características são passíveis de identificação." (MONKEN; BARCELLOS, 2005 p.902).

Compreendendo as discussões que envolvem o campo da geografia e da saúde fica clara a inter-relação entre os termos, apesar das abordagens que de cada uma das ciências em questão, porém caminhamos para os ramos do conhecimento sejam cada vez mais especializados e ao mesmo tempo interajam plenamente. O que parece ser dicotômico é na realidade um exercício de adequação e interpretação entre os saberes que pode auxiliar muito os pesquisadores, ainda mais quando se busca a melhoria das questões de saúde de uma comunidade ou mesmo a compreensão entre o ambiente e a sociedade em geral.

Outra questão fundamental para a utilização do território como categoria de análise para a saúde está baseada em sua abordagem fundamental para dar suporte ao conceito de risco, em função das múltiplas possibilidades que se tem em localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de se espacializar a situação de saúde (GONDIM et al., 2008).

Deve-se compreender o território como o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS et al., 2002).

Tal entendimento nos remete ao geógrafo Milton Santos, quando define o espaço geográfico como um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá (SANTOS, 2008). Lembrando que em seus trabalhos, o autor, afirma não haver diferença entre espaço e território, tal conjunto indissociável abrange diversos objetos (naturais ou não) e ações, que englobam as questões de saúde em si. Conclusão que corrobora com diversos estudos publicados que

apontam a análise geográfica como peça chave para a explicação de fenômenos biológicos ligados ao processo social (FARIA; BORTOLOZZI, 2010).

1.4 Os mapas como dispositivos de comunicação em saúde

A necessidade de localização é bastante antiga e disseminada pelas sociedades em geral. Assim, o ser humano desenvolveu a capacidade de mapear locais de interesse, através de mapas que desde sempre foram capazes, ainda que de forma primitiva, de localizar, expressar relações entre o espaço e a sociedade, expondo muito além da organização espacial de um determinado local, mais também expondo as relações sociais vinculadas a tal território.

Autores como Oliveira (1977) destacam que o papel do mapa vai além da localização, também pode ser usado para o homem se informar e se comunicar.

Conforme a arte de criação, a elaboração de mapas foi amadurecendo, foi-se agregando muitas outras funções para os mapas. Em alguns momentos, serviu como instrumento estratégico de dominação de territórios chegando a ser instrumento de veiculação de informações, permitindo, através de suas convenções, a comunicação com o menor número de ruídos possível de algum achado científico.

Os mapas são instrumentos que carregam consigo uma gama de significados e como registrou Santos (2011), a cartografia teve seu desenvolvimento também, associado ao estabelecimento de uma ordem e à afirmação de hegemonia em relações de poder. Como afirmou Lacoste (1988), a representação cartográfica do espaço sempre foi trunfo de grupos hegemônicos.

Assim, percebe-se que o mapa adquiriu funções além da simples ilustração, permitindo interpretações e análises que podem ser úteis em diversas situações, até mesmo no auxílio de unificar ou legitimar um discurso.

Apesar disso, cabe utilizar mapas em situações de saúde? Um dos primeiros mapeamentos relacionados à questão de saúde foi o do médico John Snow, que conseguiu solucionar a principal fonte geradora da epidemia de Londres no século XIX, através de conversas com moradores, observação de prontuários e elaboração de um mapa de pontos, que localizava as residências de ocorrência de morte por cólera e a proximidade com bombas d'água (figura 3).

utilizam os mapas como instrumento de monitoramento da evolução de algum tipo de ocorrência relacionada a algum agravo específico, ou mesmo o surgimento, dentro de alguma região, de algum tipo de situação de saúde relativamente nova para tal espaço. Assim, os mapas facilitam a visualização de tais ocorrências e permitem a inferência sobre os determinantes sociais e ambientais dos agravos de saúde.

Atualmente, com o avanço das técnicas de geoprocessamento, muitas secretarias de saúde, estadual e municipal, já se utilizam dessas técnicas para mapear dados coletados e armazenados nos Sistema de Informações de Saúde (BARCELLOS et al., 2008). Essa é uma prática comum de elaboração de mapas no cotidiano da saúde brasileira, pois programas como, por exemplo, TabWin, elaborado pelo DataSus, departamento vinculado ao Ministério da Saúde, permitem que, além da criação de mapas, os mesmos estejam relacionados diretamente com indicadores de saúde que serviram para traçar um modelo ou plano de atuação.

O presente trabalho propõe uma convergência entre as funções supracitadas relativas aos mapas. Propomos algo além, utilizar os mapas como dispositivos de comunicação. Para tal proposta, cabe compreender que o conceito de “dispositivo” que aqui está sendo utilizado, é inerente à conceituação de Michel Foucault, que apesar de tê-lo utilizado com frequência a partir da metade dos anos 1970, nunca tenha dado uma verdadeira e própria definição (AGAMBEN, 2005).

O autor acima citado destaca três pontos focais relativos ao conceito de dispositivo:

- 1) [...] O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos.
- 2) O dispositivo tem sempre a função estratégica concreta e se inscreve sempre em uma relação de poder.
- 3) É algo de geral (um *reseau*, uma ‘rede’) porque inclui em si a episteme, que para Foucault é aquilo que em uma certa sociedade permite distinguir o que é aceito como um enunciado científico daquilo que não é científico (AGAMBEN, 2011).

O entendimento de dispositivos proposto por Foucault, passa pelo cerne relativo a um dado instrumento “emaranhado”, ou seja, uma relação de encontros e desencontros dentro de uma dada dimensão.

Por esse motivo, servido os mapas para instigar o debate sobre situação de saúde, se transformam em uma dimensão que envolve atores, relações de poder,

situações de comunicação e representações sociais. Tais relações e representações não se encerram em um mapa, porém se evidenciam no mesmo, já que unem realidades próximas e conflitantes, interesses coletivos e individuais permitindo uma riqueza comunicacional quando expostos a alguma sociedade para qual é direcionado.

Quando um mapa é utilizado com função de comunicar algum fenômeno espacial, deverá estar atrelado a alguns fatores, destacados por Monmonier (2002), que seriam o conhecimento do autor sobre o que quer passar por meio dos seus mapas, a mensagem que se deseja passar deve ser clara, a projeção deve estar adequada de modo que se facilite a comunicação, ter atenção com o leitor ao qual o mapa será direcionado e fornecer um treinamento mínimo para leitura de mapas para melhorar o entendimento da mensagem que está sendo passada pelo mesmo.

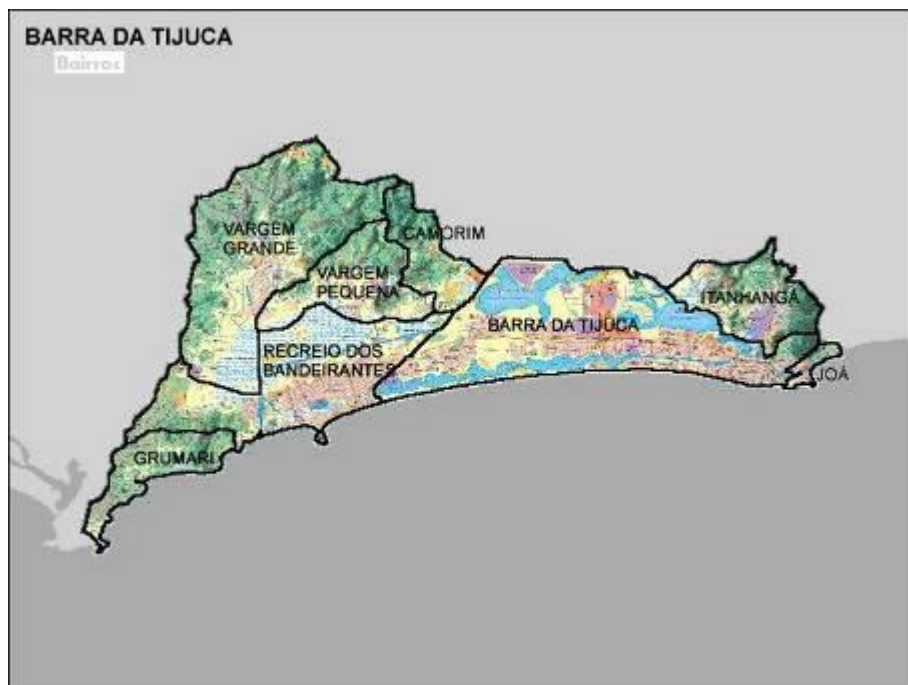
Portanto, o mapa traz dimensões interpretativas sobre o espaço de quem o elabora, instiga e permite novas interpretações de que o lê. Esse movimento tem como pano de fundo uma característica inerente de jogos de saber e poder, uma arena que poderá por em cheque o conhecimento técnico-científico e interesses políticos.

Os mapas ilustram territórios e ao mesmo tempo podem esconder ou evidenciar suas mazelas. Pode assim ratificar ou retificar um entendimento. Por esse motivo os atores envolvidos com aquele território mapeado passaram a ganhar maior espaço em trabalhos científicos que envolvem o uso de mapas. Tais estudos denominam esses mapas como participativos, ou seja, mapas elaborados através da reunião de distintos grupos de usuários e produtores de tecnologia envolvendo assim, população local, geógrafos, cartógrafos, cientistas sociais, entre outros, na tentativa de compreender melhor o território em questão (ARGENTO, 2008).

2 ÁREA DE ESTUDO

O Recreio, ou Recreio dos Bandeirantes, é um bairro do Rio de Janeiro, localizado na região administrativa da Barra da Tijuca. Faz divisa a leste com o bairro da Barra da Tijuca, a norte com Vargem Grande e Vargem Pequena, a oeste com Grumari, e a sul com o Oceano Atlântico. Possui uma área territorial de 3065,56 hectares e uma população de 82240 habitantes segundo o censo demográfico de 2010 (figura 4).

Figura 4 – Barra da Tijuca – censo demográfico 2010



Fonte: Portal Prefeitura do Rio de Janeiro, 2011.

O Recreio se destaca pelo urbanismo diferenciado em relação ao restante da Barra da Tijuca: gabarito de construção majoritariamente limitado a poucos pavimentos. A sua divisão inicial se deu entre as chamadas Gleba A, Gleba B e Gleba C (Pontal). As áreas das glebas A e B, entre as vias Balthazar da Silveira e Gilka Machado, são as mais ocupadas e que seguiram o planejamento inicial, enquanto a Gleba C, região do Pontal, área entre as vias Gilka Machado e Estrada Vereador Alceu de Carvalho, sofreu com invasões irregulares - favelas do Terreirão e do Parque Chico Mendes. Ainda na Gleba C há a Nova Barra, área em que há os maiores gabaritos de construção de todo o

Recreio, ao redor do Recreio Shopping. Já no interior do Recreio - entre a Avenida das Américas e Vargens - estão localizados os condomínios fechados de edifícios e casas.

Historicamente, todos os bairros da região da Barra da Tijuca desde sua ocupação inicial sofreram com a falta de atuação do poder público, que sempre privilegiou áreas mais densamente povoadas da cidade e integradas ao seu centro. Com isso, tanto o Recreio quanto a Barra, não tiveram implementadas várias obras públicas fundamentais ao seu desenvolvimento apropriado. O Recreio, pela sua própria estrutura urbana (formado majoritariamente por ruas de acesso livre nas quais a iniciativa privada tem menor poder) é dependente da atuação mais efetiva das esferas públicas, e assim foi severamente atingido pelo descaso governamental¹. O abastecimento de água só foi implementado de forma abrangente na década de 1990 no governo estadual do Marcello Alencar. O problema da pavimentação das ruas, por sua vez, constituiu um grande entrave ao desenvolvimento do bairro nos anos 1990, e só na década de 2000 alcançou a quase totalidade das ruas. Em relação à falta de saneamento recebeu finalmente investimentos da prefeitura, sendo inaugurada elevatória da Cedae em 2009. Todavia o despejo de esgoto nos canais e lagoas da região continuou até os dias atuais sem a atuação mais efetiva do poder público.

Uma das fortes presenças relacionadas à ocupação do local está sob a forma de importantes construtoras imobiliárias, responsáveis pela valorização do local, uma vez que une a questão habitacional às amenidades ambientais oferecidas pela região, principalmente a proximidade com o litoral do município.

Essa ocupação na região da Barra da Tijuca e Recreio dos Bandeirantes se configura como uma expansão das moradias das classes mais abastadas do Rio de Janeiro, já que o adensamento populacional desse tipo estava concentrado na zona sul da cidade. Com a saturação da região, os “novos ricos” passaram a ter carência de espaço e o capital imobiliário investiu nas áreas litorâneas até então pouco povoadas.

A Barra da Tijuca e Recreio dos Bandeirantes fazem parte da Baixada de Jacarepaguá, assim como os bairros de Jacarepaguá, como Tanque, Praça Seca,

¹ No bairro da Barra da Tijuca, ao contrário, predominam condomínios de apartamentos ou casas. Neste caso, a iniciativa privada possui um papel relevante no planejamento de execução de sistemas de infraestrutura urbana, como água, esgoto, coleta de lixo e iluminação.

Camorim e outros. Porém os dois primeiros eram zonas ocupadas pela atividade agrícola e por comunidades de pescadores. Já na década de 1960, especulava-se sobre a abertura de uma nova frente de expansão urbana (SILVA, 1996).

Esses locais estão na zona oeste do Rio de Janeiro, direção de atual expansão da cidade. Com relação ao Recreio dos Bandeirantes, até a década de 1970, grande parte do solo estava ocupada por atividades rurais. Conforme Santos (2011), havia uma suposta ausência efetiva de ocupação humana, que refletiria a história da região, um lapso entre o fim dos grandes engenhos e fazendas de café do século XX e início da urbanização da década de 1960.

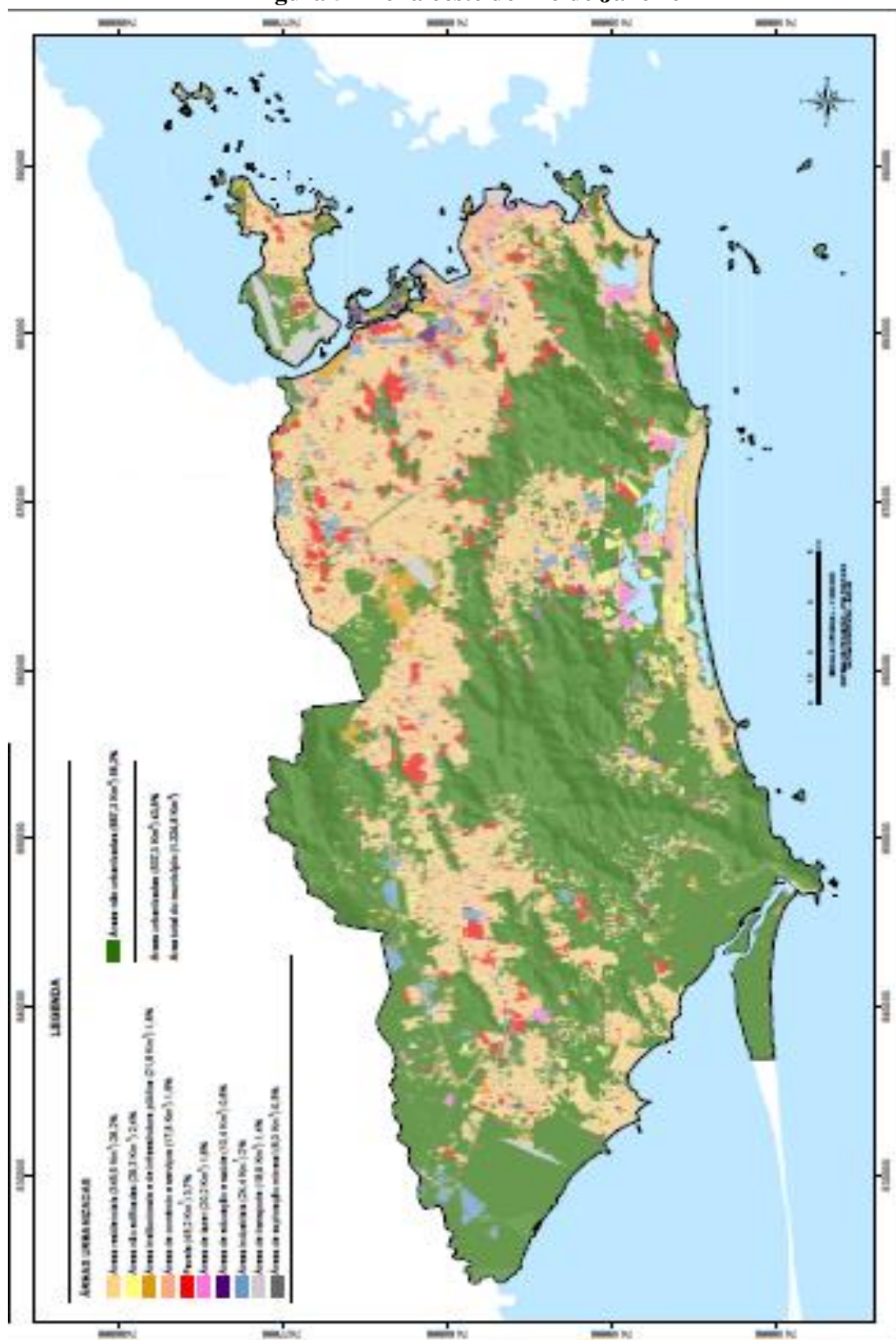
Se observarmos com atenção o mapa a seguir (figura 5), é possível destacar as seguintes questões:

- Já em 2004, a área mais plana do bairro estava praticamente ocupada;
- A ocupação da área se dá principalmente por urbanização planejada;
- É possível perceber uma região de favela no centro da ocupação, em uma situação de compartilhamento do espaço;
- A região possui área de lazer bem delimitada, com destaques para uma região de preservação ambiental (Parque Chico Mendes) e a orla.

Tais características retratadas pelo mapa acima configuram um movimento de passagem de uma região rural a um processo de erradicação do campo na periferia urbana (CORRÊA, 1986). O mesmo autor explica que esse processo é composto por inicialmente, área plenamente rural, depois rural-urbana e por último suburbana. Sendo que no Recreio dos Bandeirantes, esse movimento tem contribuído para a substituição de características suburbanas diretamente para uma nova área *core* do município do Rio de Janeiro, juntamente com seus bairros adjacentes.

Apesar do exposto, de acordo com os resultados recém divulgados pelo IBGE através do Censo 2010, o Recreio dos Bandeirantes teve um aumento populacional de 118%, com relação ao último resultado, em 2000. Para atender tal demanda populacional, o mercado imobiliário investiu em novas construções, porém não foi acompanhado por serviços básicos de infra-estrutura, especialmente em relação ao saneamento.

Figura 5 - Zona oeste do Rio de Janeiro



Fonte: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, 2004.

O estágio de desenvolvimento em que se encontra atualmente o bairro, pode-se dizer que o mesmo está inserido como um núcleo de descentralização do Rio de Janeiro, juntamente com a Barra da Tijuca e Zona Sul da cidade. É possível observar que as deseconomias geradas pela excessiva centralização acabam por gerar menor rigidez locacional no âmbito da cidade em razão de seus fatores de atração (CORRÊA, 2004).

A favelização se expõe no bairro com o Terreirão, Favela Chico Mendes, Canal das Taxas, Restinga e Vila da Amizade, principalmente. Os principais problemas agregados a elas são a prática da construção irregular, invasão e desmatamento de florestas protegidas, uso ilegal de áreas públicas e a poluição dos Canais do entorno.

Entendemos então que a área de estudo, o bairro Recreio dos Bandeirantes no município do Rio de Janeiro, se configura como uma área de expansão urbana e se apresenta como um mosaico social e geográfico, uma vez que sofre influências de sua localização litorânea, da especulação imobiliária e da convivência das diferentes representações da sociedade. Este território que se configura merece atenção às práticas de vigilância da saúde, que deve compreender a forma como a população utiliza as informações em saúde para que os cidadãos da região possam se colocar como protagonistas dentro de um sistema de saúde que lhes assegure essa prática. Entender qual é o papel dessas informações para os cidadãos e para os profissionais de saúde, permitirá a compreensão da dinâmica de saúde naquele território.

Assim, considerando que as informações em saúde influenciam na atuação dos cidadãos dentro de seu território, poderemos analisar se as mesmas têm sido suficientes, satisfatórias ou não para que se promova um território saudável naquela comunidade.

Espera-se com este trabalho contribuir para a construção de um novo olhar sobre a produção e o uso da informação em saúde no processo de trabalho de saúde, bem como contribuir para o desenvolvimento de instrumentos de participação da população sobre as questões de saúde local.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

- Analisar o(s) uso(s) das informações em saúde no nível local (pelos atores sociais, comunidade e profissionais de saúde) dentro de uma área de expansão urbana acelerada, na cidade do Rio de Janeiro.

3.2 Objetivos específicos:

- Analisar o uso dos dados sobre saúde no nível local pelos profissionais de saúde;
- Identificar as fontes de informação de saúde usadas pelas lideranças locais;
- Verificar como dados a respeito da situação de saúde local aparecem na mídia escrita (*Jornal O Globo on line*).

4 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos e as questões propostas, as seguintes etapas foram cumpridas:

Primeira etapa: Análise de registros de saúde e confecção de mapas. Foram utilizados dados do Sistema de Informação Nacional de Notificação (Sinan), que reúne registros de agravos de notificação compulsória. Para esse trabalho, foram selecionados os anos de 2007 a 2010 dos seguintes agravos: dengue, leptospirose, esquistossomose e hepatite C. Tais informações foram filtradas em planilha eletrônica e selecionadas apenas aquelas que se referem ao bairro Recreio dos Bandeirantes.

A obtenção desses dados se deu após visitas e reuniões feitas ao Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Sedec/RJ), entre os meses de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011 e fornecidos após entrega de um ofício redigido e assinado pelo orientador do projeto.

Esses dados foram tratados para a formação de um Sistema de Informação Geográfica (SIG), para isso necessitaram da tabulação prévia, através do Microsoft Office Excel 2007. Os dados são compostos por uma planilha eletrônica onde estão tabulados os endereços (rua, número, bairro e município), e data da notificação do agravo. Cabe esclarecer que cada agravo tem uma planilha própria, composta pelos mesmos campos já mencionados, com a tabulação das ocorrências, as planilhas fornecidas pela Sedec/RJ foram entregues em mídia digital (pen-drive) e não mencionam nomes e idades dos pacientes.

Após a obtenção de tais dados, os mesmos foram georreferenciados pelo programa gratuito Google Table Fusion, que fornece as coordenadas dos registros a partir do seu endereço. Após esse tratamento as bases cartográficas digitais foram confeccionadas pelo software gratuito TerraView.

Segunda Etapa: Levantamento de notícias sobre problemas de saúde na mídia local. Foram levantadas em fontes midiáticas digitais, como jornais *on line*, procurando identificar a frequência de publicação de matérias relacionadas aos problemas de saúde da população local, quais doenças são mais evidenciadas, a abordagem que lhes foi dada e qual o objetivo da publicação. Nesse caso, escolheu-se

trabalhar com a versão digital dos periódicos impressos de maior circulação no local de estudo, identificados pelas etapas de entrevista.

Terceira etapa: Entrevistas com informantes-chave. Os dados coletados e organizados nas etapas anteriores foram mapeados e apresentados aos representantes da população (líderes comunitários e representantes da sociedade civil) e profissionais de saúde. Mediante uma abordagem qualitativa, buscou-se a opinião dos interlocutores, utilizando-se de entrevistas semi-estruturadas que visaram recolher suas opiniões a respeito do tema.

Essas entrevistas foram realizadas em duas etapas, tanto com os representantes da população quanto com os profissionais de saúde. Na primeira etapa dessa entrevista foi solicitado o preenchimento de um instrumento de levantamento de informações (questionário) e logo após a apresentação dos dados foi feita uma coleta de depoimentos dos atores sociais envolvidos e questionados.

Uma das técnicas que foi aplicada é chamada de entrevista projetiva, ou seja, que utiliza recursos visuais onde o entrevistador pode mostrar cartões, fotos, filmes, entre outros estímulos ao entrevistado. Esta técnica permite evitar respostas diretas e é utilizada para aprofundar informações sobre determinado grupo ou local (MINAYO, 1993). Essa técnica também se sustenta na observação do trabalho realizado por MARTELETO (2001), que buscou compreender a forma de circulação das informações e estrutura de comunicação de grupos delimitados.

No caso dessa pesquisa, foram apresentados mapeamentos dos dados do Sinan (mapas temáticos com a localização dos casos, regiões com maior concentração de casos, etc.), como recursos visuais, conforme descrito na primeira etapa, para que os líderes comunitários e os profissionais de saúde pudessem esclarecer dúvidas sobre a espacialidade dos agravos e a fatores locais os entrevistados atribuem esta distribuição.

O grupo de atores sociais que participou da pesquisa foi composto por: 1) profissionais de saúde lotados no Centro de Vigilância Epidemiológica do Centro de Saúde Harvey de Souza Filho, situado a Avenida Guiomar de Novais, 133 - Recreio dos Bandeirantes; 2) moradores e lideranças locais, selecionados por meio de contato com as respectivas associações de moradores do local de estudo, a saber, Associação de Moradores do Terreirão e Associação de Moradores do Canal das Taxas. Todos os presidentes das associações citadas se colocaram à disposição para fornecimento do

espaço para que os moradores pudessem colaborar com a pesquisa, bem como participarem da mesma.

Esta etapa da pesquisa foi iniciada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP a qual foi submetida.

As entrevistas foram gravadas usando um gravador digital de voz e logo após transcritas e analisadas em conjunto com as anotações das observações realizadas durante as entrevistas.

Após os entrevistados aceitarem o convite para participar da entrevista, mediante a exposição do projeto e de seus objetivos, foi solicitada a assinatura do Termo de Livre Esclarecimento para Participação no Projeto de Pesquisa (TCLE). Na oportunidade os participantes foram informados sobre o seu direito de não participar da pesquisa. Em todos os casos, a participação ocorreu na unidade de sua atuação, no caso dos profissionais de saúde, depois das assinaturas do termo de consentimento, e, no caso do morador do bairro, em uma das associações mencionadas anteriormente.

A partir dessas entrevistas, foi realizada uma análise quantitativa e qualitativa dos levantamentos, a fim de responder as seguintes questões: As informações geradas pelos sistemas de informação de saúde coincidem com as percepções sobre situação de saúde dos líderes locais? A população se reconhece nessas estatísticas? O que esses dados escondem? Como os profissionais de saúde vêem a situação de saúde local?

5 RESULTADOS

5.1 O que diz a mídia

Com o objetivo de identificar a relevância dos agravos (dengue, leptospirose, esquistossomose e hepatite A, foi feita uma comparação entre o número de notificações destes agravos no Sinan (cf. primeira etapa da Metodologia) e a frequência de publicações sobre estas doenças no jornal *O Globo on line*, ambas no intervalo temporal de 2007 a 2010. Deste modo, foi obtido o quadro 1, elaborado através das fontes citadas.

Quadro 1: Número de notificações (Sinan) e número de matérias publicadas sobre agravos no bairro do Recreio dos Bandeirantes.

GRAVO	TOTAL DE NOTIFICAÇÕES	TOTAL DE PUBLICAÇÕES
Dengue	2142	9
Hepatites	63	1
Leptospirose	5	0
Esquistossomose	2	0

Fonte: *Globo on line* e dados disponibilizados pelo Sinan/SES/RJ.

A partir dessa comparação é possível verificar que o Sinan aponta um importante número de notificações, principalmente relativo à dengue, o que coincide com o tema de maior frequência em número de publicações da mesma doença pelo jornal *on line*. A hepatite mereceu uma única matéria neste jornal, mesmo tendo uma grande incidência no bairro. Outras doenças, como a leptospirose e esquistossomose não são mencionadas no mesmo jornal, apesar de presentes no bairro. Tal fato nos faz refletir sobre a necessidade de documentar informações e sistematizar os conhecimentos. Essa documentação acaba por resguardar fatos e vivências que influiriam na construção da sociedade, agindo de forma interativa nas questões sociais e suas representações.

Os interesses do Estado e do Mercado influenciam diretamente na saúde da população que, por sua vez, necessita meios para formalizar e exigir seus direitos, caracterizando uma sociedade panóptica. Conforme Moraes e Gomes (2007), a escolha de plataformas tecnológicas para a comunicação e informação em saúde permite manipular os interesses entre o Estado e o Mercado. No caso da região estudada, uma notoriedade maior, por parte da mídia, poderia influenciar nos interesses imobiliários e comerciais, tal resultado pode ser um delineamento nítido desse contexto.

Outra análise que pode ser feita, a respeito deste resultado, diz respeito a questões dos Sistemas de Informação em Saúde e sua publicização. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001) foi um marco histórico relacionado à união de ações de saúde, comunicação e informação no Brasil, que prevê a descentralização das competências entre as esferas de governo. A implantação do SUS teve como *locus* principal a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília. As 11ª e a 12ª CNS, realizadas em 2000 e 2003, respectivamente, reafirmaram a importância estratégica das ações de comunicação e informação para garantir a participação e o controle social da sociedade nas ações e nas políticas públicas de saúde. Neste sentido, os sistemas de informação passaram a ter papel de destaque na comunicação dentro do novo modelo de promoção da saúde. Os sistemas de informação surgem como organizadores de dados sobre a saúde coletiva, permitindo que, através de análises estatísticas se façam comparações e sejam planejadas intervenções de ordem administrativa e sanitária na saúde, além de garantir o controle social no que diz respeito às políticas públicas de saúde.

A interação entre a participação social, o acesso à informação e comunicação no campo da saúde é potencializada quando o direito à informação e o papel mediador da comunicação são tratados como uma questão de direito de cidadania. Ao mesmo tempo em que a legislação brasileira garante a participação social nas decisões de saúde, na prática os sistemas de informação em saúde não são direcionados de forma igualitária à população, pois o acesso e sua construção não são claros para a sociedade em geral, o que dificulta o exercício da cidadania, fazendo com que o Estado esteja no controle das operações de forma soberana.

5.2 O que dizem os sistemas de informação em saúde

Outra etapa da pesquisa foi constituída pelo mapeamento dos agravos, através do georreferenciamento dos dados do Sinan. Os mapas seguintes (figuras 6, 7, 8, 9A, 9B, 9C) têm caráter ilustrativo, isto é, não receberam tratamento cartográfico ou análise estatística. Estes mapas foram confeccionados para realização de entrevistas projetiva e foram aprimorados no decorrer da pesquisa. Estes mapas permitem realizar algumas análises a respeito da distribuição espacial dos agravos e dos riscos relacionados.

Figura 6 – Mapeamento da hepatite, segundo notificações do Sinan 2007-2010, no Recreio dos Bandeirantes



Fonte: Google imagens

Figura 7: Mapeamento da leptospirose, segundo notificações do Sinan 2007-2010, no Recreio dos Bandeirantes



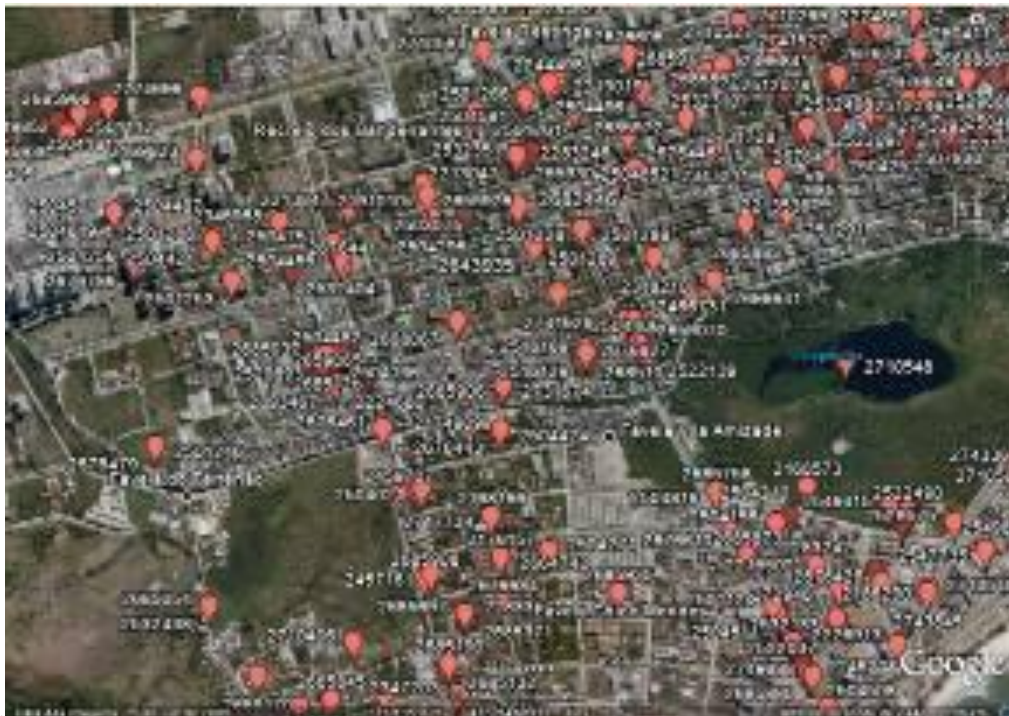
Fonte: Google imagens

Figura 8: Mapeamento da esquistossomose, segundo notificações do Sinan 2007-2010, no Recreio dos Bandeirantes.



Fonte: Google imagens

Figura 9 A - Mapeamentos da dengue, segundo notificações do Sinan 2007-2010, no Recreio dos Bandeirantes.



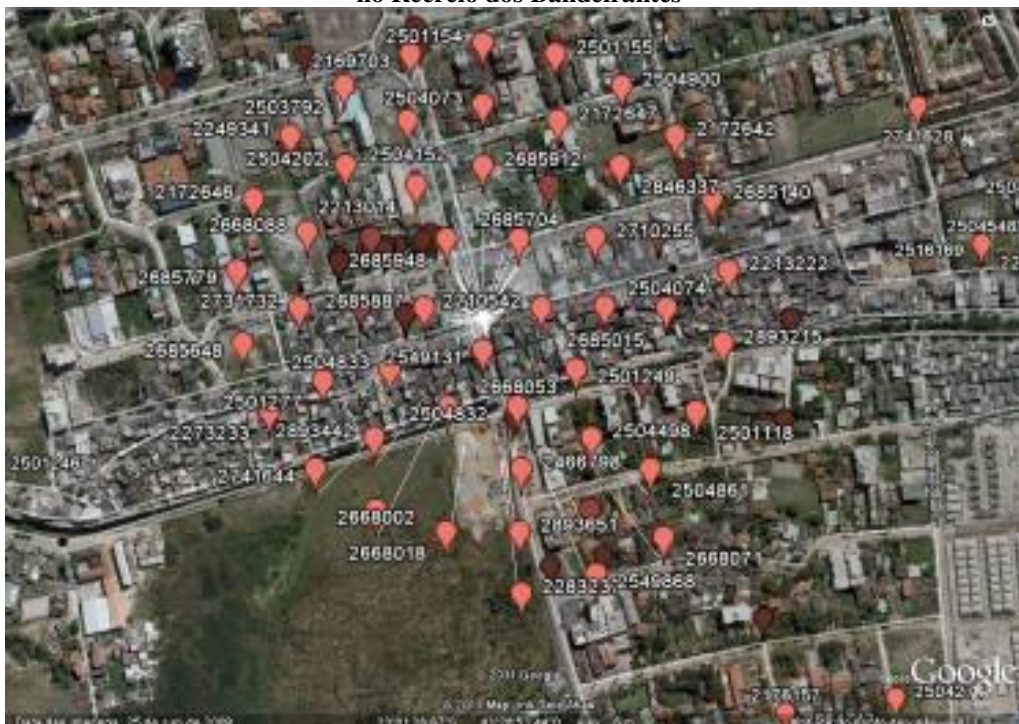
Fonte: Google imagens

Figura 9 B - Mapeamentos da dengue, segundo notificações do Sinan 2007-2010, no Recreio dos Bandeirantes.



Fonte: Google imagens

Figura 9 C - Mapeamentos da dengue, segundo notificações do Sinan 2007-2010, no Recreio dos Bandeirantes



Fonte: Google imagens

Ao distribuir espacialmente as notificações dos Sinan, temos os seguintes resultados:

- Hepatite: do total de notificações (63), apenas 5 se localizaram nas regiões de favelas e todo o restante ficou distribuído pelo bairro, na maioria dos casos em localidades onde os imóveis são ocupados por população moradora de condomínios fechados, com infraestrutura aparentemente planejada e com acesso a serviços de saúde privados (figura 6).
- Leptospirose: nenhum dos casos mapeados se encontra em região de favela; apesar do baixo número de notificações para o agravo, de acordo com os dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, já de acordo com dos dados disponíveis no *site* da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, o bairro teve apenas 3 notificações neste período (figura 7).
- Esquistossomose: o único caso mapeado se encontra na margem da via principal de acesso ao bairro, região onde os prédios de médio e alto padrão e comércio estão

localizados. Trata-se provavelmente de um caso importado, já que possivelmente não há transmissão local da doença (figura 8).

- Dengue: na figura da esquerda, percebemos que a espacialização da doença está bem distribuída pela região, porém ao fazermos uma análise mais detalhada é possível perceber, na figura da direita, que a localização das notificações não se insere na região de favela e sim em seu entorno. Com um detalhe maior, na figura no centro, foi analisada apenas uma localidade, na mesma foi possível perceber a concentração de notificações no mesmo endereço, fato ocorrido em vários pontos mapeados sobre esse mesmo agravo (figuras 9A, 9B, 9C).

Os mapas de distribuição destes agravos são mostrados a seguir (figuras 10, 11, 12, 13):

Figura 10

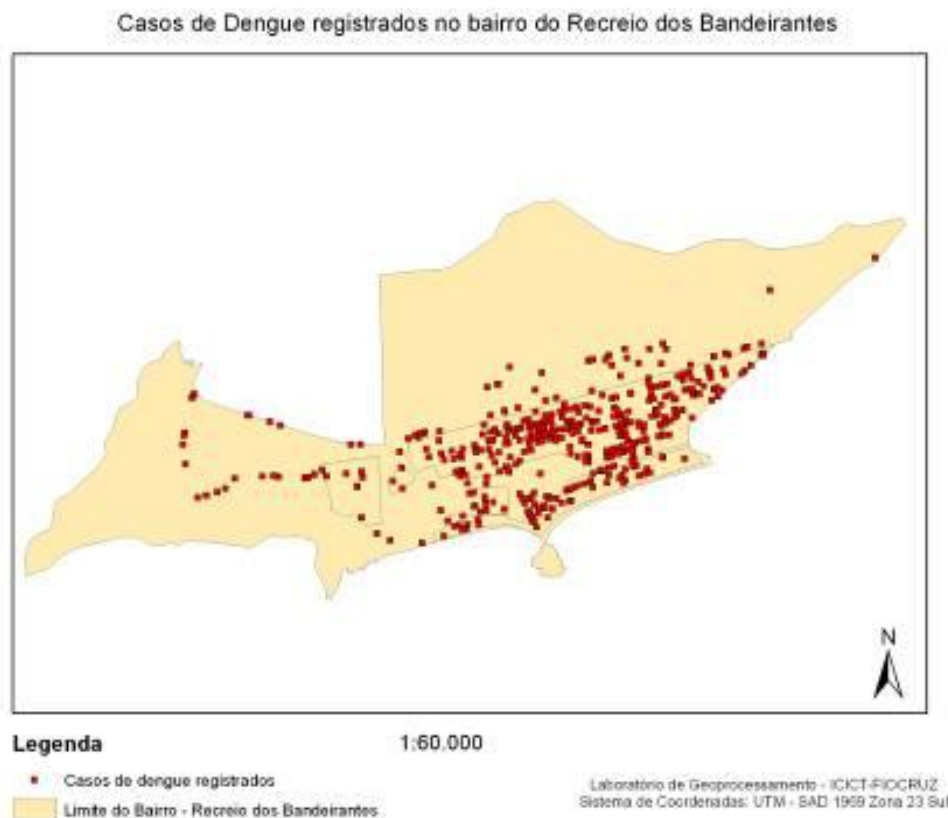


Figura 11

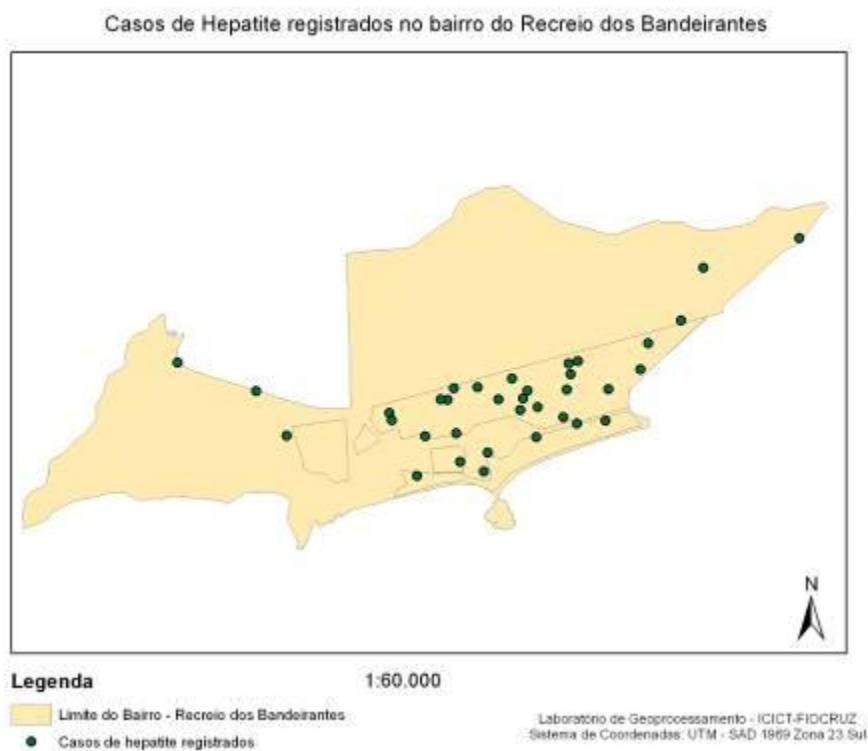


Figura 12

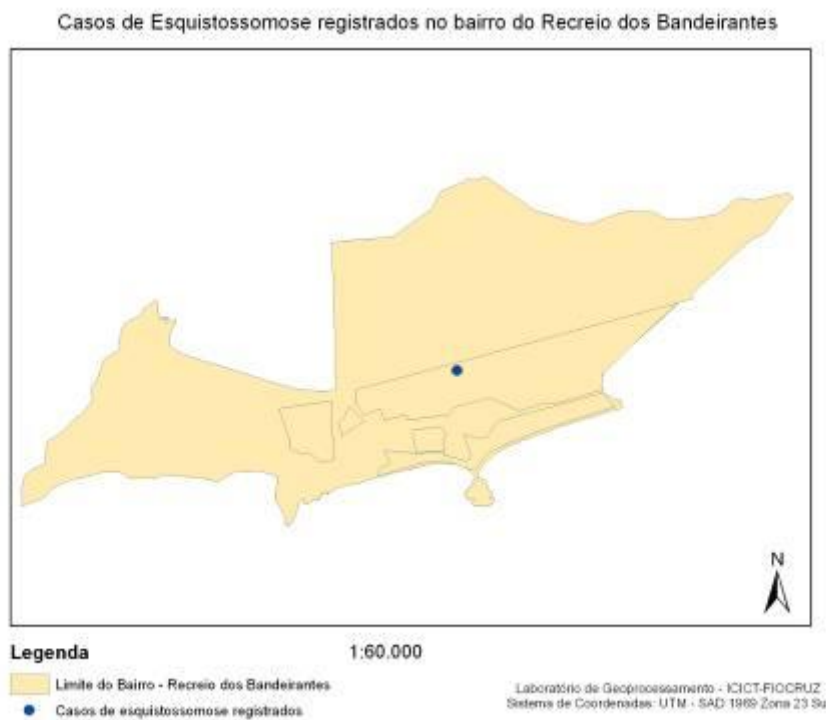
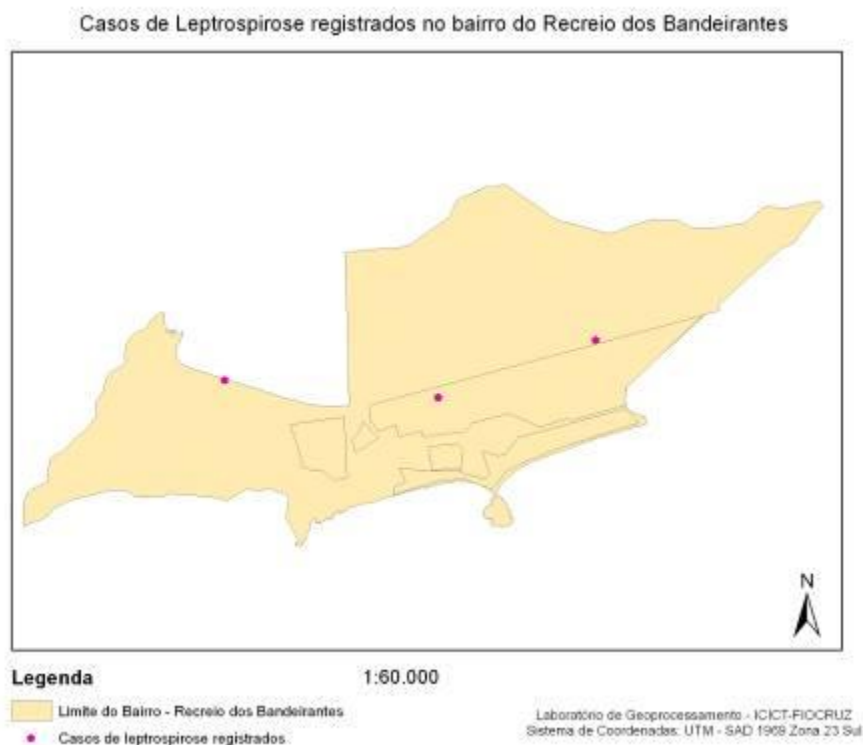


Figura 13



Particularmente a respeito da dengue, é possível acessar as notificações do Sinan através da página eletrônica da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, o que ocorre semelhantemente aos casos de leptospirose.

5.3 O que dizem as lideranças locais

A seguir serão expostos e analisados os resultados das entrevistas com profissionais de saúde, moradores (representados por líderes/presidentes de Associações de Moradores), e informações sobre aspectos de vigilância em saúde disponíveis no *site* oficial da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes da pesquisa, os mesmos receberam codinomes ao serem citados, tanto os presidentes das associações, moradores e profissionais de saúde. Sendo assim os personagens entrevistados serão tratados como Colaborador A e Colaborador B.

As entrevistas foram realizadas entre os dias 23 e 27 de fevereiro de 2012, após aprovação do Comitê de Ética ao qual o projeto foi submetido.

No momento das entrevistas, os mapas contendo a distribuição de agravos foram apresentados.

As entrevistas foram baseadas em questões semi-estruturadas conforme instrumento em anexo e mediante a apresentação de mapas que exibiam apenas ruas, quadras e referências. A seguir estão expostos seus pontos de vista, soluções, questionamentos e uma gama de situações voltadas para a questão da informação e comunicação em saúde dentro de seu bairro.

Situações destacadas pelo Colaborador A

Segundo este morador, os principais problemas de saúde da comunidade seriam o impetigo e a sarna, que os relacionou com o canal que corta uma das comunidades visitadas. Esse colaborador informou que como o esgoto era lançado a "céu aberto", essas doenças eram bastante comuns na comunidade.

Porém, o colaborador diz que atualmente, por conta de obras de infra-estrutura local, cerca de 95% do esgoto despejado no canal já recebe tratamento e que tal despejo já não existe mais. Esse fato se reflete na esperança de diminuição das ocorrências de saúde relacionadas ao esgoto na comunidade.

Ao ser questionado a respeito dos agravos de interesse desse trabalho, o Colaborador A forneceu as seguintes informações:

Quanto a Dengue - o colaborador afirma que não houve nos últimos anos grande incidência de dengue na localidade por conta de diversos trabalhos de conscientização com a população local.

[...] a gente faz um trabalho de conversa, cartazes e quando a gente vê uma criança jogando lixo no chão ou um copo jogado, vamos lá e conversamos [...]

Esse colaborador fez questão de destacar que apesar da divulgação da mídia escrita e falada nos períodos expostos pela pesquisa, que no Recreio dos Bandeirantes não houve um número muito grande de casos entre 2007 e 2010, de acordo com suas observações junto aos vizinhos e que na região em que mora o trabalho de

conscientização foi fundamental para um reduzido número de casos, se comparados aos do município do Rio de Janeiro.

Ao ser questionado a respeito das mais de 2000 notificações de casos de dengue no Recreio dos Bandeirantes, registrados no Sinan, o Colaborador A afirma que existiram muitos casos, mas que dentro da comunidade que vive e tem contato não foram tantos. Nesse momento, foi apresentado um mapa com a localização dos casos e solicitado que esclarecesse os resultados apresentados.

Usando o mapa o Colaborador A visualizou que dentro da comunidade que vive não tinha casos mapeados e localiza áreas do entorno com grande incidência do agravo. Também destacou que, apesar de não terem sido mapeados casos dentro da comunidade, houve casos entre moradores nesse período, incluindo crianças e adultos, principalmente no ano de 2009. Com o mapa em mãos são apontados como críticos os seguintes pontos: Rua do Arquiteto, Rua HW e Avenida Canal das Taxas.

Quanto ao possível foco na Rua do Arquiteto, o entrevistado atribui ao grande número de lojas em sua extensão, fator que contribuiria para o grande número de casos de dengue na localidade.

[...] é uma rua de lojas, que é uma rua comercial. O que acontece com a rua comercial, as lojas descartam muita coisa e não limpam, onde junta bastante entulho e pode causar isso, essas doenças.[...]

Além do entulho e lixo oriundo das lojas, o entrevistado apontou o não cuidado das lajes e coberturas dos estabelecimentos como possível contribuinte para ocorrência de focos de dengue.

O Colaborador informa que já conversou com os comerciantes e que melhorou muito, mas que tal rua é de responsabilidade de um outro grupo de moradores e que estes fazem o trabalho com os lojistas.

Na Rua HW, o Colaborador A informa que realmente teve casos de dengue durante o período questionado, mas que na parte da rua evidenciada pelo mapeamento, não seria possível dar maiores esclarecimentos, pois não fazia parte da comunidade que convive, e seria uma particularidade de outra comunidade.

Com relação à Avenida Canal das Taxas, foi afirmado categoricamente que o problema da dengue naquele local está diretamente relacionado com o lixo. Informa que

anteriormente o trabalho de coleta era feito por garis comunitários, mas que essa iniciativa foi proibida pelo Ministério Público, sendo assim, o lixo passou a ser coletado pela prefeitura. A respeito do lixo dentro da comunidade, foi informado que o mesmo é retirado por dois funcionários ligados à Associação de Moradores, que fazem a varredura e coleta do interior da comunidade de segunda à sexta-feira, levando o lixo até o local onde a prefeitura recolhe. Para que o trabalho dos funcionários de limpeza ligados a Associação de Moradores fosse realizado com êxito, foi feito, novamente um trabalho de conscientização quanto o despejo do lixo e estabelecidos locais de depósito do que seria descartado pelos moradores, onde os funcionários passam para fazer a coleta, todos os dias.

Quanto à hepatite, leptospirose e esquistossomose - O Colaborador A afirma que desconhece moradores que contraíram algum tipo de hepatite viral ou mesmo esquistossomose, ressaltando que se houve qualquer caso dessas doenças, provavelmente estaria relacionado com o lixo. Quanto à leptospirose, afirmou que sempre que percebe o aparecimento de ratos na comunidade a prefeitura é acionada e imediatamente tais vetores são eliminados.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde - quando questionado a respeito do acesso aos serviços de saúde local, o Colaborador A respondeu que não o considera bom. Atribui o fato de haver apenas um posto de saúde ambulatorial para atender toda a população do Recreio dos Bandeirantes, apesar de destacar um bom relacionamento com a direção do posto de saúde, admite que o mesmo não consegue fazer todos os atendimentos necessários. Quando a população necessita de atendimento de emergência precisa ir a um hospital municipal bastante distante de seu local de moradia.

[...] quando um morador precisa de atendimento de emergência começa o calvário, porque nem todos os moradores tem carro para ir até o (hospital) Lourenço Jorge e quando se consegue transporte, muitas vezes não tem médico para atender...o que a gente tem feito para resolver essas emergências é apelar para os médicos particulares. A gente junta, arrecada dinheiro com os moradores para pagar as consultas...o médico particular atende. As vezes morador que está com febre há dois dias, passando mal e dá o primeiro atendimento, quando vê que ele não pode resolver, encaminha para o hospital [...]

O entrevistado se mostra tão indignado com a situação do acesso aos serviços de saúde que expõe uma situação emblemática ocorrida na ocasião de um morador que necessitou de ajuda médica de emergência:

[...] a pessoa estava sentindo muita dor no peito e na perna e desmaiou, coloquei a pessoa dentro do carro e pensei, vai morrer dentro do meu carro. Cheguei lá não tinha médico, antes tinha chamado a ambulância que não veio, daí eu chamei a PM porque não era possível a pessoa é hipertensa deveria estar enfartando e não tinha médico. Foi quando apareceu um clínico que disse que estava com um paciente no soro e que não podia atender...10 minutos depois, quando a polícia chegou, com esse movimento que eu fiz, apareceu médico de todo o canto do Lourenço Jorge, era médico de tudo quando era lado, mas aí eu já tinha chamado a reportagem. O diretor quando soube que a reportagem estava vindo deu logo um jeito [...]

O Colaborador A deixou claro que nesse momento foi fundamental a presença policial e da equipe de reportagem. Destaca que a incidência de agravos constitui uma grande fonte de preocupação da comunidade, mas sim a falta de serviços de saúde com facilidade de acesso.

Quanto ao saneamento local - considera que atualmente os serviços de saneamento local são prestados de forma que geram um grau de satisfação mediano, uma vez que o esgoto ainda necessita de obras para os 5% do total que não foram cobertos na última obra. Informou que tais obras demoraram muito a serem feitas e por conta disso, como são recentes, ainda não foi possível perceber mudanças relevantes relacionadas a doenças na comunidade. Porém demonstrou bastante satisfação com a realização da obra, afirmando que certamente o número de moradias com rede de esgoto instalado é compatível com o percentual de 95% informado pela Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro (Cedae).

Ainda de posse do mapa, o Colaborador A aponta que a principal área com carência de saneamento seria a Rua HW, principalmente por conta do canal localizado nesta rua. Informa que antes das obras para o tratamento do esgoto, o odor liberado pelo canal era "*insuportável*" e que para os moradores fazerem suas refeições precisavam fechar todas as entradas de ar de suas residências.

Quanto ao direcionamento de reclamações, sugestões e questões de saúde - Segundo o entrevistado, a comunidade normalmente procura a Associação de Moradores e encaminha suas questões. Relatou inclusive um caso relacionado à exoneração de um dos servidores do posto de saúde, quando a comunidade organizou um abaixo assinado com todos os moradores do bairro, solicitando a volta do servidor diretamente à Secretaria Municipal de Saúde. Explicou que a movimentação estava relacionada com a avaliação positiva do servidor por parte dos moradores

[...] quando acontece alguma coisa aqui dentro, que os próprios moradores podem resolver normalmente a gente não liga para nada de mídia, jornal importante ou rádio, a gente mesmo se comunica e resolve. O povo unido resolve [...]

Situações destacadas pelo Colaborador B

Iniciando a entrevista o Colaborador B demonstrou profunda insatisfação com relação às obras recentes de saneamento realizadas no canal que atravessa sua comunidade.

[...] aqui nunca deu enchente, nunca a água entrou em casa nenhuma, depois da obra tudo encheu. Depois que a comunidade deu um jeito de asfaltar...nunca teve esse problema.O esgoto voltou para a casa das pessoas. Eles não perguntam *pra* gente, faz a obra sem perguntar quem mora no local. Por isso que as coisas dão errado[...]

Bastante indignado com as obras de saneamento do local, o colaborador relatou que tampas das galerias de esgoto se soltaram e que muito pouco melhorou depois da obra. Destacou principalmente os pontos negativos. O destaque positivo se deu por conta da percepção de melhora do mau odor liberado pelo canal antes da obra.

Quanto à relação com os serviços públicos - o morador também direcionou muitas críticas a respeito de prazos, reuniões e pedidos que foram prometidos e não cumpridos, todos de interesse do bairro. Com relação à obra que foi realizada recentemente, informou que os engenheiros da Cedae mostraram o projeto para os moradores e que a maioria se colocou em posição contrária à realização, pois consideraram que o projeto continha erros.

[...] eles mostraram o projeto depois que a obra já tinha começado. Eu falei que estava errado [...] sempre converso com eles, mas eles fazem o que está no projeto, eles acham que vai dar certo mais não vai, a gente que conhece nossa comunidade, as casas [...]

Além da Cedae, o colaborador informou que periodicamente os moradores solicitam o auxílio da Companhia de Limpeza Urbana do Município do Rio de Janeiro (Comlurb), para retirada de entulhos e lixos acumulados em terrenos vazios ou em locais de obras paradas.

Quanto aos problemas de saúde - De posse do mapa com as principais ruas da localidade, o entrevistado destacou as regiões com maior incidência de agravos de saúde e os fatores ambientais envolvidos. Declarou que as pessoas se preocupam mais em reclamar do lixo do que das doenças. Sendo assim, com o mapa em mãos informa que provavelmente os moradores que estão mais próximos ao canal reclamam mais sobre os problemas de saúde.

Quanto à dengue - ao ver o mapa com a localização das ocorrências de dengue na região, o morador afirma que dentro da comunidade que vive são poucas as pessoas que tiveram a doença no período apresentado.

[...] aqui dengue é muito pouco, porque aqui a gente tem uma máquina própria nossa. Um fumacê nosso. Nós os moradores juntamos e compramos essa máquina [...]

O entrevistado diz que apesar de poucos casos de dengue, muitas vezes alguns moradores vão até a Associação para denunciar possíveis focos do mosquito. Segundo o colaborador, imediatamente após a denúncia, a máquina do “fumacê” circula pelo local.

Além disso, segundo o colaborador, os próprios moradores em conversa alertam seus vizinhos a tamparem caixas d'água e recipientes que possam acumular água.

Ao analisar o mapa o colaborador indicou a Rua do Arquiteto, Rua HW e Avenida Canal das Taxas como locais de possíveis manifestações de foco de dengue. Quanto a Rua do Arquiteto, ao examinar melhor o mapa, o Colaborador B diz que existem terrenos vazios, obras paradas e que acumulam grande quantidade de lixo. Já na Rua HW, o entrevistado informa que muitas casas vazias podem ser a causa das

ocorrências de dengue, pois diz que por vezes em um único terreno moram de 5 a 8 famílias e que uma das casas vazias, sem o cuidado adequado com o lixo, o poderia fazer com que os outros moradores adoecessem. Na Avenida Canal das Taxas, o Colaborador B diz que é onde se localiza um mangue e áreas alagadas e que isso poderia ser a causa do grande número de dengue no local.

Sobre a leptosprose - O entrevistado diz que no bairro existe uma grande infestação por ratos e que isso se deve ao grande volume de lixo e que não sabe como não vê as pessoas reclamando por terem ficado doentes pelo contato com os ratos.

Quanto ao saneamento local - a principal reclamação é a respeito da quantidade de lixo no bairro. O entrevistado diz que os moradores têm boa parceria com a COMLURB, mas a empresa pública não tem funcionários suficientes para cobrir todo o bairro de forma satisfatória. Para melhorar a qualidade da coleta, os moradores organizaram um esquema fixando local e horário para o depósito do lixo doméstico. O Colaborador B informou que ainda é um desafio para os moradores obedecerem tais horários e locais.

[...] mesmo a gente conversando ainda tinha/tem pessoas que jogam lixo perto do valão, no meio da rua e depois vem reclamar do lixo e da sujeira nas ruas.

Quanto aos canais de comunicação entre moradores - para conscientizar a comunidade a respeito do problema do lixo, o morador informa que foi feita uma parceria entre a COMLURB, Associação de Moradores e os moradores, o que gerou um panfleto informativo a respeito das questões do lixo. NO entanto, essa iniciativa não produziu o resultado esperado. Como uma iniciativa de sucesso a respeito da questão do lixo, o entrevistado destaca o seguinte:

[...] quando tinha uma pessoa paga pela comunidade para limpar o valão tudo ficava melhor, mas aí vinham pessoas dos condomínios lá de cima e jogavam o lixo, pessoas que nem sabiam que quem limpava eram os próprios moradores. Apesar disso, dava certo, mas acabou porque o Ministério Público impediu de ter garis comunitários.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde - a comunidade tinha uma relação melhor com o posto de saúde quando a Associação fez um projeto de ginástica para terceira idade e para as crianças, mas quando o projeto acabou essa relação ficou mais distante.

[...] a gente vai lá no posto quando precisa, mas eles não vêm aqui saber o que a gente está precisando não. Eles também não procuram interagir junto com a comunidade para fazer parceria, a última parceria que fizeram com a comunidade tem bem mais de 3 anos [...]

Quanto ao direcionamento de reclamações, sugestões e questões de saúde - o entrevistado diz que por várias vezes entrou em contato com a imprensa para fazer reclamações a respeito do esgoto e sua relação com os problemas de saúde que poderiam ser ocasionados aos moradores, mas que não houve nenhum tipo de efeito direto, ou mesmo não foi ouvido.

[...] já tentei reclamar e chamar a imprensa várias vezes, mas não vieram. As coisas só funcionam em locais que tem tráfico de drogas, aí eles se interessam, vira reportagem. Tudo que a gente tem aqui depende dos moradores. O lixo a gente tem que falar direto com o pessoal da COMLURB que tem aqui perto, a luz se a gente não conhecer um funcionário, não adianta fazer ofício. Ofício eles fazem isso...guardam na gaveta do jeito que a gente entrega. Se você não der um lanche para os caras eles não vem colocar nada para gente, nem consertar. Não adianta reclamar é a gente que tem que se juntar e comprar a lâmpada [...]

Uma estratégia bastante utilizada pela população local é uma rádio comunitária, que divulga o comércio local e fala sobre problemas de saúde relacionados ao saneamento.

[...] por exemplo, a gente usa a rádio muito quando estão falando de dengue por aí...toda hora que tem um comercial o locutor fala para os moradores prestarem atenção nas vasilhas para não deixar nascer mosquito [...]

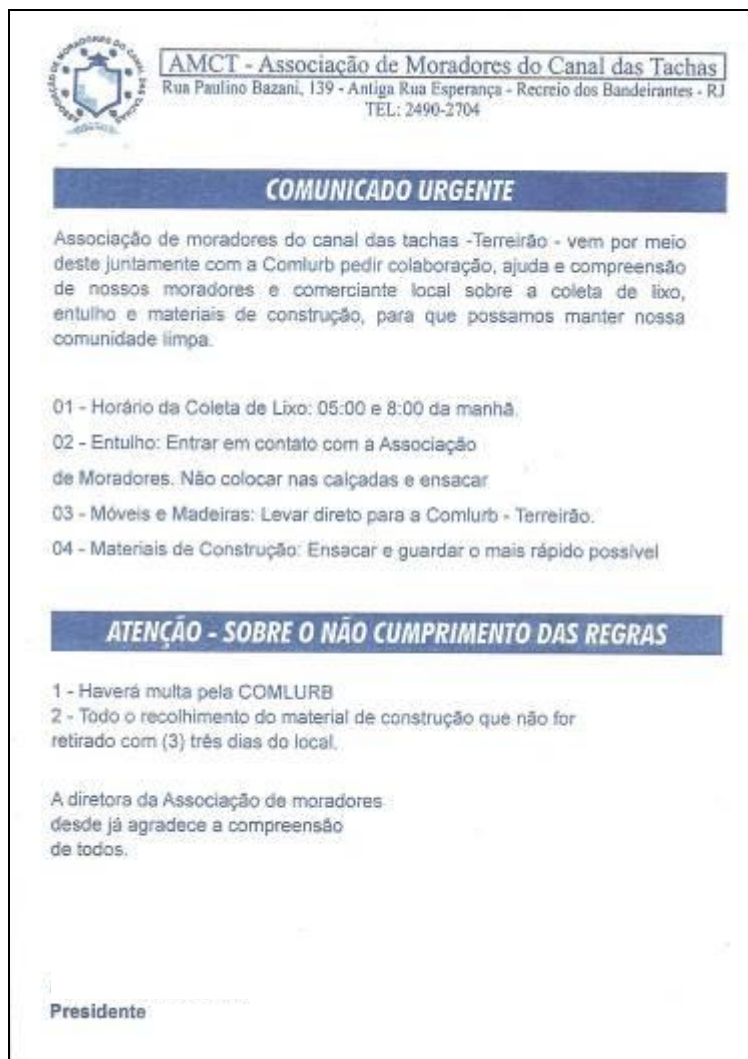
O entrevistado diz que os moradores não recorrem à rádio para reclamar, mas se dirigem à Associação para inserir alertas durante a programação.

Além da rádio, o entrevistado informou que existe um carro de som que serve para informar os moradores sobre o horário da coleta de lixo e assuntos relacionados ao

bem estar da comunidade, mas que esses canais de comunicação não têm surtido muito efeito.

A associação também recorre a panfletos impressos para informar a população sobre serviços (figura 14).

Figura 14 - Exemplo de panfleto distribuído pela associação e pela Comlurb.



Fonte: panfleto disponibilizado por morador e escaneado pelo autor

Preocupações com a saúde da população local - o entrevistado demonstra uma grande preocupação com a saúde de sua comunidade, uma vez que a obra de saneamento do esgoto realizada no fim de 2011 apresentou problemas de retorno do esgoto para dentro das casas dos moradores. Ele ironiza os 95% de obras concluídas, conforme informação da Cedae.

[...] isso nunca aconteceu aqui, esse negócio de esgoto dentro da casa das pessoas. Já vi morador reclamando que perdeu móveis que comprou no Natal. Daqui a um pouco vai todo mundo começar a ficar doente por causa dessa água suja, xixi de rato junto com a água [...] esses 5% que faltou a CEDAE fazer deu muito problema, problema que a gente nunca teve.

O colaborador B usou um mapa local para indicar os locais com a possibilidade de maior transmissão de doenças no bairro (figura 15).

Figura 15 - Mapa onde morador localizou os pontos que considera com maior risco de transmissão de doenças



Fonte: Google Imagens

Os moradores que participaram da pesquisa afirmaram que residem no bairro há mais de 20 anos e que inclusive acompanharam o processo de crescimento urbano do local.

Confirmaram o histórico de formação do bairro, como um antigo local destinado a atividades rurais e de população de baixa renda, destacando inclusive, que era uma região que nunca atraiu grande contingente populacional por falta de infra-estrutura.

Todos os moradores defenderam que a permanência das comunidades no local não é a principal responsável pelos problemas de saúde do seu entorno, ou seja, afirmam que por ser uma população menos abastada não significa que sejam desorganizados e

que possuem relação de compreensão e colaboração dentro de seus espaços de convivência comuns. Portanto, apontam fatores externos à comunidade (comércio, obras, terrenos vazios, entre outros), como os causadores de problemas de saúde no local e expuseram claramente alguns graves problemas de saúde dentro das mesmas. Admitiram que em seu entorno poderia haver maior número de ocorrências do que em seu interior. Isso, porque afirmam contundentemente que fazem trabalhos periódicos de conscientização e que há colaboração da população para evitar agravos que se relacionam com o saneamento da comunidade.

Nenhum dos entrevistados, inclusive os líderes comunitários, tem conhecimento da existência de Sistemas de Informação em Saúde, tampouco nenhum profissional de saúde apresentou-lhes ou mencionou sua importância. Demonstraram que não saberiam como participar de algum tipo de reunião para expressar os problemas de saúde aos quais seu bairro poderia ser exposto. A utilização dos serviços de saúde para os entrevistados se limita à participação como usuários diretos desses serviços.

Pareceu bastante clara a relação que fazem entre a situação de saúde local e problemas relacionados ao saneamento, mas as informações que possuem sobre essa relação são por conta de divulgação em veículos de comunicação de massa, como televisão, por exemplo. Essa situação foi evidenciada em algumas situações durante a entrevista em que os moradores demonstraram perceber de modo superficial os problemas locais. Por outro lado, as informações sobre os problemas da cidade e do país são mais facilmente reconhecidas, como se a informação que circula para todo o país pudesse ser tratada como homogênea, sem diferenciação das especificidades de cada local.

A obtenção de informação sobre a saúde do bairro é feita através de conversas informais e relações cotidianas dentro da comunidade, ou seja, não possuem acesso direto a informações oficiais de saúde a respeito de seu bairro. Cabe ressaltar que existe uma página eletrônica do município do Rio de Janeiro com tais informações, porém nenhum morador afirma fazer utilização dessa ferramenta.

5.4 O que dizem os profissionais de saúde

A entrevista foi realizada na presença de toda a equipe da Vigilância Epidemiológica do Centro de Saúde Harvey de Souza Ribeiro. A equipe é composta por um profissional com formação em medicina, especialidade pediatria e neonatal, um profissional de enfermagem e dois profissionais técnicos em enfermagem.

No início da conversa um desses profissionais esclareceu que na sala destinada à vigilância epidemiológica são recebidas as fichas do Sinan, preenchidas manualmente pelos serviços de saúde particulares e públicos dos seguintes bairros: Barra, Recreio, Camorim, Itanhangá, Vargem Pequena e Vargem Grande, o que corresponde à área de abrangência do centro de saúde.

Ao relatar sobre a rotina de trabalho da Vigilância Epidemiológica, foi questionado como os profissionais fazem a entrada de dados oriundos das fichas para o modo eletrônico do Sinan. Nesse momento houve uma certa dificuldade de resposta, pois não foi esclarecido de imediato se tal sistema teria sua conexão *on line* ou se as fichas seriam digitadas em arquivos (*off line*) e depois enviadas para o nível central.

Apesar disso, os profissionais mostraram conhecimento sobre o fluxo de tais informações, falaram sobre o repasse de dados pela Vigilância Epidemiológica local para a Secretaria Municipal de Saúde, em seguida para o nível estadual e por último o federal.

A partir de tal esclarecimento, os profissionais passaram a responder a respeito de situações específicas sobre a saúde local.

Quanto os principais problemas de saúde - a equipe informou que baseados no volume de atendimento do Centro de Saúde, as principais ocorrências são de parasitoses.

[...] atendidas aqui na pediatria e clínica médica na sua grande maioria são casos de parasitose, infecções [...] isso tudo tem relação com a qualidade da água desses locais, como não há um fornecimento regular as pessoas estocam inadequadamente em recipientes sem tampa o favorece a proliferação de mosquitos e vetores.

A respeito da dengue, ocorrências, parceria com a comunidade aspectos de comunicação e informação - um dos funcionários informou que no ano de 2011 houve

uma pesquisa sobre os casos de dengue ocorridos na região. Tal pesquisa foi feita por mapeamento aéreo que conclui que dentro da comunidade do Terreirão teria a existência de vários macro-focos de *aedes aegypti*. Segundo as observações do funcionário entrevistado, o resultado da pesquisa pareceu correto, conforme o que expressou.

[...] realmente, quando tem uma epidemia de dengue o maior número de casos que nós atendemos são de moradores do Terreirão.

A afirmação quanto ao local de maior número de ocorrências de dengue da região é ratificada pelo fato de estarem comparando com todos os bairros que direcionam suas notificações.

O mesmo funcionário informa que com o resultado da pesquisa e com as notificações em mãos é possível localizar os casos e os prováveis focos, de modo que atualmente existe um projeto chamado "Se essa rua fosse minha", onde profissionais do posto de saúde, juntamente com a comunidade percorrem o bairro à procura dos focos e tentam eliminá-los.

Os funcionários da Vigilância Epidemiológica disseram desconhecer a existência de um "fumacê" de uso da população local e ressaltou que o serviço de saúde local não utiliza porque o inseticida colocado nesse mecanismo não mata somente os mosquitos transmissores da dengue e prejudica outros organismos.

[...] o que a gente faz é colocar remédio de lavas, fazer panfletos para distribuir para a população [...]

Segundo os funcionários, a informação sobre dengue circula através de panfletos e projetos como o citado anteriormente, reafirmando a parceria com a comunidade. Nesses momentos de distribuição de material informativo, os profissionais que vão à rua aproveitam para fazer pesquisas de opinião com os moradores.

Quanto às principais causas de ocorrência de doenças no local - os funcionários afirmam que os problemas de saúde local não podem ser atribuídos apenas ao saneamento, evidenciam algumas deficiências no cotidiano da população local.

[...] a maioria das vezes pode até ser por conta do saneamento, mas a educação do povo, a educação das crianças que ficam com a mão na boca [...] preparo inadequado dos alimentos [...]

Sobre a leptospirose - um dos funcionários responsáveis pela fichas de investigação do Sinan afirma que na região aparecem casos de leptospirose e relaciona esses casos com a quantidade de lixo depositado nas ruas, restos de comida próximos aos corpos de água e por isso a infestação por ratos é grande. Os entrevistados não souberam informar sobre o número de casos de leptospirose:

[...] sinceramente, número assim a gente aqui não sabe não.

A respeito do acesso e uso das informações pelos profissionais entrevistados - todos afirmaram que é possível saber o número de casos da região de abrangência, mas existem algumas restrições.

[...] todo final de ano a gente recebe um balanço do que aconteceu, mas vem direto da Secretaria Municipal de Saúde, não somos nós que geramos esse relatório.

Fora esse trâmite anual, a equipe informou que é possível entrar na página virtual da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) para ver a informação que precisarem, esclarecendo que qualquer cidadão tem acesso a essa informação. No momento questionou-se a possibilidade de consultar a informação de cada bairro e cada agravo separadamente e a resposta obtida foi:

[...] não, aí a coordenação que tem que solicitar. No caso, por exemplo, de leptospirose, quando acontece uma chuva, recebemos vários casos suspeitos aí nós vamos lá e fazemos a investigação.

Questionou-se também a respeito de dados incompletos, como endereços faltando o número da residência e casos semelhantes. O esclarecimento dado foi o seguinte:

[...] quando isso acontece eu descarto mesmo, eu recebo uma grande quantidade de notificações de pessoas que nem sei se é realmente dengue, mas que passaram no atendimento particular ou no Hospital Lourenço Jorge. Como são casos suspeitos e as vezes o morador é da favela, o endereço é incompleto...se for em plena epidemia a gente digita o nome da rua e o número da ficha de notificação, mas aí não

tem como a gente investigar o endereço certo. Como em plena epidemia vou sair daqui para ver isso?

Nesse momento da conversa foram apresentados os mapas da região e a localização das ocorrências. Os profissionais de saúde se surpreenderam com os mapas, e perguntaram sobre a origem dos dados e sobre o programa que teria sido utilizado para confecção dos mapas. Este mapa foi examinado e obtiveram-se as seguintes reações e esclarecimentos.

Quanto à localização chamou a atenção para o fato de haver muitos casos notificados na Rua Gilka Machado, o que se justificaria pela proximidade da favela do Terreirão. Ao mesmo tempo, houve o estranhamento de não ter um número muito grande de casos dentro da comunidade citada, além da surpresa de haver muitos casos em locais de residência da classe média. O fato fez com que um dos profissionais questionasse a localização exposta pelo mapa da dengue no Recreio.

[...] a maioria dos casos é dentro do Terreirão, não é aqui nessas ruas não, não pode ser isso que está no mapa não.

Outro estranhamento a respeito do mapeamento se deu ao observarem a esquina entre a Avenida das Américas e a Rua Gilka Machado. Ressaltaram uma dúvida a respeito ao número de casos uma vez que seria um trecho onde há escolas, comércio e residências de padrão mais elevado, em baixo número populacional, se comparado as da comunidade.

Os profissionais tentaram comparar os mapas apresentados com o que foi disponibilizado pela prefeitura no *site*, mas não conseguiram encontrar as tabelas do período de interesse da pesquisa no endereço da web. Imediatamente lembraram que somente existiam dados para a dengue e que para os outros agravos nada havia sido divulgado de forma semelhante. A equipe confirmou que no ano de 2008 houve uma grande epidemia de dengue no local.

A equipe da vigilância epidemiológica se mostrou bastante interessada no mapeamento e lamentou não terem treinamento para realização desse tipo de análise e não sabiam como iniciar tal procedimento. Sugeriu até mesmo encomendar aos pesquisadores, envolvidos com esse trabalho, o mapeamento dos dados que eles digitam.

[...] seria legal a gente ter essa ferramenta, poder e saber fazer nossos mapas. Já tentei mexer com isso, mas não tinha ninguém aqui capacitado [...] (em tom de lamento)

O mapa seguinte (figura 15) mostra os locais onde os profissionais de saúde identificaram os prováveis pontos de transmissão de dengue no bairro:

Figura 15 - Prováveis pontos de transmissão de dengue



Os profissionais de saúde declararam que o site da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil seria o único lugar que conseguem acessar algum relatório que traga este tipo de análise.

[...] gostaríamos muito de poder fazer esse tipo de análise. A gente sabe que existe, mas não sabe como fazer e isso faz falta.

Quanto á capacitação e equipamentos disponíveis aos profissionais lotados na epidemiologia - ao depararem com uma forma de demonstrar os dados que trabalham na forma de mapas, ficou clara a necessidade de capacitação da equipe. Não apenas por não terem conhecimento de ferramentas de mapeamento, que não seria uma atribuição destes profissionais, mas também pelo pequeno número de profissionais capacitados, como foi exposto por um dos funcionários.

[...] aqui tem pediatra, que está aqui readaptada, enfermeiro, técnicos em enfermagem. Somente quatro funcionários e nenhum é epidemiologista.

Além disso, destacam a deficiência de equipamentos, dizem que até uma semana antes da realização das entrevistas, a sala tinha apenas um computador e que um novo havia chegado há pouco tempo. Somente um desses computadores teria conexão com a internet.

A principal reclamação a respeito do Sinan estaria direcionada à questão da capacitação dos profissionais para utilizarem o sistema e fazerem uso da informação contida em tal sistema para auxílio nas intervenções de saúde de seu local de atuação.

A informação obtida é que após digitadas em planilha eletrônica, *off line*, as fichas são mandadas via malote para o nível central da SMSDC. As planilhas eletrônicas, após serem digitadas também são colocadas em algum tipo de dispositivo físico para envio por malote.

[...] nós nem sabemos como é esse sistema, a gente aqui só digita nessa planilha que é enorme, só alimentamos, onde se digita tudo desses locais que falamos, imaginem esse sistema deve ser gigantesco.

Durante toda a entrevista, um dos funcionários tentou acessar a página da SMSDC para mostrar os dados disponíveis pela prefeitura, mas não conseguiu de imediato.

Além disso, disseram que em 2010, apesar de não ter tido divulgação a respeito de epidemia de dengue, o volume de atendimentos foi bastante alto o que fez com que um dos profissionais que participaram da entrevista, questionasse os dados divulgados pela prefeitura.

A respeito dos outros agravos que foram mapeados e mostrados, não souberam responder ou informaram que não havia relevância relacionada ou pequeno número de casos registrados.

6 DISCUSSÃO

Ao consultar os dados do Sinan disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e os casos notificados publicados na página da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, encontramos algumas diferenças importantes (quadro 2):

Quadro 2 - COMPARAÇÃO ENTRE TOTAL DE NOTIFICAÇÕES DA SES/RJ E SMSDC/RJ

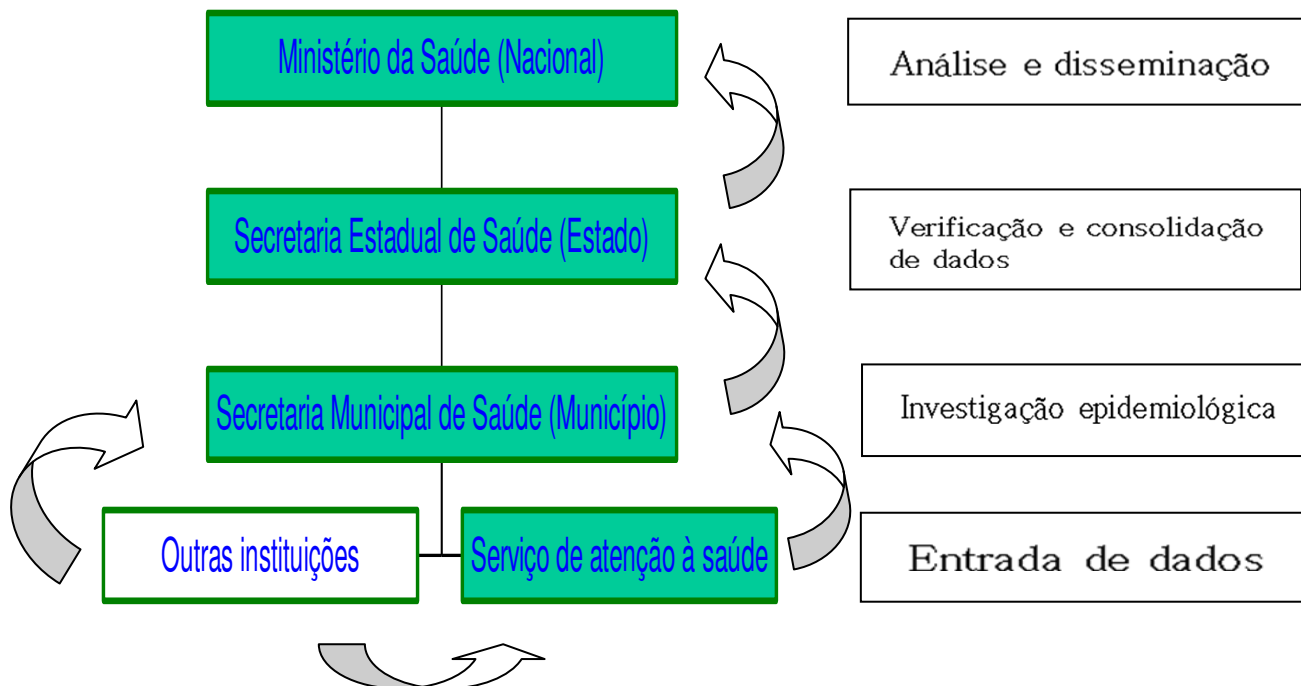
AGRAVO	TOTAL DE NOTIFICAÇÕES SES/RJ	TOTAL DE NOTIFICAÇÕES SMSDC/RJ
Dengue	2142	2706
Hepatites	63	-
Leptospirose	5	3*
Esquistossomose	2	-

Fonte: Adaptado do total de notificações de cada agravo no período de 2007-2010, Recreio dos Bandeirantes, disponibilizado pelo SINAN/SES/RJ e constantes da página eletrônica <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>, acesso em Jan/2012. * não existe notificação disponível correspondente ao ano de 2010.

Ao confrontarmos o total de notificações disponibilizadas pelas respectivas esferas de governo, fica clara a diferença no número total de ocorrências. A dengue chama atenção por apontar diferença de 504 casos no período. No caso das outras doenças a SMSDC/RJ disponibiliza apenas a série histórica, por região administrativa do período de 1975-1995, não sendo possível encontrar dados mais atualizados.

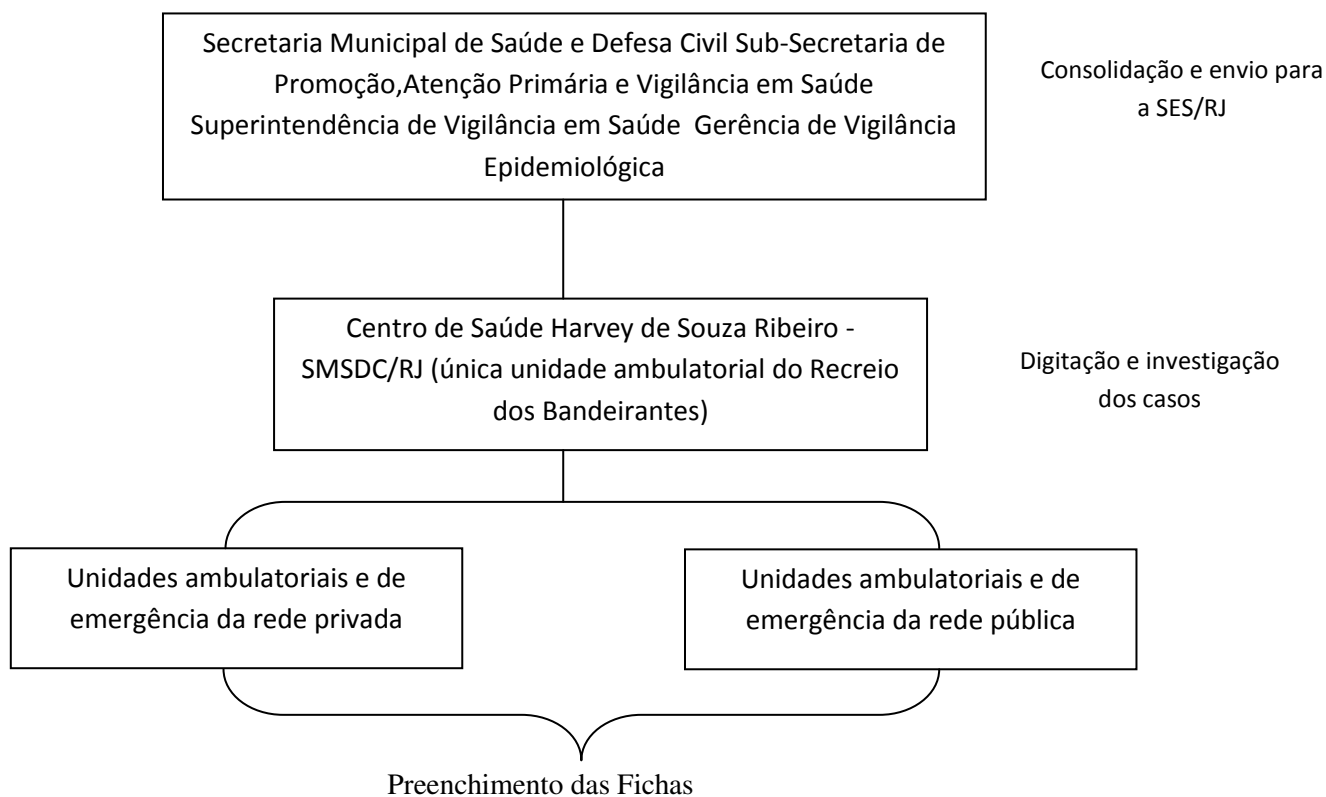
Com base nas declarações colhidas na entrevista, o fluxo de dados do Sinan (figura 16), seria o seguinte:

Figura 16 - fluxo de dados do Sinan



Os serviços públicos ambulatoriais de saúde seriam os responsáveis pela digitação dos dados no SIS, pois conforme o informado pelos profissionais que trabalham no setor de vigilância epidemiológica do Centro de Saúde localizado no Recreio dos Bandeirantes, são eles que digitam os dados. Estes dados são provenientes da reunião das fichas oriundas dos serviços públicos e particulares de saúde da região de abrangência. Porém, os mesmos profissionais mencionam que fazem a investigação dos casos. A hierarquia mencionada pelos profissionais do centro de saúde ligado a SMSDC/RJ explicita o seguinte fluxo (figura 17):

Figura 17 – Fluxo SMSDC/RJ



Fonte: elaborado pelo autor

Portanto, o único Centro de Saúde do bairro é responsável por digitar e investigar os casos notificados em toda a região adjacente, sendo que a equipe que compõe a Vigilância Epidemiológica do Centro de Saúde visitado neste trabalho é composta por apenas quatro profissionais sem formação em epidemiologia.

O fluxo relatado pelos profissionais de saúde é bastante questionável, devido ao fato de que os profissionais responsáveis pela digitação serem os mesmos responsáveis pela investigação e não terem sido capacitados para tal função, como eles mesmos mencionaram durante a entrevista. A divergência entre o número de casos notificados é surpreendente, uma vez que não se tem informação sobre o que ocorre com os dados que não chegaram a SES/RJ, pode-se dizer em caráter especulativo que provavelmente foram descartados pela SMS por terem sido desconfirmados, ou por serem duplicações de registro, mas nenhum profissional entrevistado soube confirmar tal hipótese. O total

de casos está exposto pelo setor da SMSDC/RJ responsável pela consolidação dos dados enviados pelas unidades ambulatoriais (fontes primárias).

A respeito dos mapeamentos percebemos problemas relacionados à subnotificação em áreas de favela, pois segundo os profissionais de saúde seriam os principais espaços de ocorrência dos agravos pesquisados. Na tentativa de esclarecer tal dúvida sobre a origem das subnotificações cabe retomar as informações fornecidas pelas lideranças locais e profissionais de saúde. Os primeiros dizem que realmente não há grande número de casos dentro das comunidades. Já os profissionais de saúde admitem que quando recebem fichas com preenchimento incompleto dos endereços, ocorre o descarte das mesmas quando não é um período de epidemia.

A atitude tomada pelos profissionais a respeito das fichas incompletas demonstra a possível falta de capacitação para o trato com essas questões, ou seja, como precisam cumprir uma demanda de digitação para garantir prazos a respeito das entradas de dados, não priorizam a qualidade da informação que será gerada.

Já os líderes locais demonstram que algumas questões territoriais são de suma importância para o reconhecimento dos problemas de saúde em sua área de gestão. O fato de serem comunidades muito próximas do Centro de Saúde e a única fronteira física entre as comunidades se tratar de um canal é suficiente para percebermos falas arraigadas de significados que expõem o jogo de poder local. A defesa de seu território é de vital importância.

Por não se sentirem representados pela mídia de maior notoriedade, os moradores desenvolvem suas próprias estratégias de comunicação, baseados em suas fontes de informação, que na maioria das vezes são conversas informais com a vizinhança, observação empírica de fatos do cotidiano e qualquer outro tipo de informação repassada por veículos de comunicação de massa, sem a abordagem das especificidades locais. Os veículos de comunicação ligados à mídia em geral, são usados para legitimar algum tipo de discurso.

A respeito das fontes de informação ligadas aos SIS, somente os profissionais de saúde fizeram menção das mesmas. Tais fontes são ignoradas pela população, mesmo entre lideranças políticas locais.

Os mapas produzidos durante a pesquisa cumpriram um papel de interlocução entre a informação existente e o conhecimento do território, sendo de grande valia

didática para aguçar curiosidade e extrair percepções a respeito dos problemas locais. Além disso, os mapas atuaram como facilitadores no processo de descoberta e compreensão nas questões de saúde, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das lideranças locais. Além disso, também foram capazes de denunciar problemas relacionados ao preenchimento incompleto das fichas do Sinan, pois, por falta de completude, um grande número dos casos de dengue deixou de ser mapeado. Esse fato nos faz refletir a respeito da consolidação desses dados e sua posterior divulgação, pois se em um nível local houve grande defasagem, este problema seria ampliado em mapeamentos de escala menor (maior abrangência).

7 CONCLUSÃO

No que diz respeito à área de estudo, o sistema de informação utilizado para análise (Sinan) tem se mostrado como um instrumento de armazenamento de dados, não sendo utilizado por parte de autoridades locais, moradores ou quaisquer outros representantes da sociedade civil, como fonte de informação para intervenção na realidade de saúde local. Apesar dos preceitos contemporâneos do acesso universal à informação e comunicação, a mídia *on line* não tem se ocupado de questões de saúde daquele local, que são consideradas relevantes para que a comunidade do território estudado exerça sua cidadania plena. Tais fatos apontam para a necessidade de que as políticas de saúde passem a compreender que mais importante do que controlar ou mesmo monitorar eventos em áreas isoladas, deve-se conhecer cada vez mais as relações espaciais juntamente com seus atributos geográficos e sociais para poder atuar em um local.

A união entre saber acadêmico e popular parece ser dicotômica, porém é na realidade um exercício de adequação e interpretação entre o saberes que pode auxiliar muito os pesquisadores, principalmente quando se busca a melhoria das condições de saúde de uma comunidade ou mesmo a compreensão de processos que ocorrem entre o ambiente e a sociedade em geral.

Dessa forma, para que as questões sociais sejam, de fato, solucionadas se faz necessário que as questões relacionadas às práticas populares de saúde sejam também ouvidas no âmbito acadêmico.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo. Outra travessia: revista de literatura. **Ilha de Santa Catarina**, n. 5, p. 9-16, 2005.

ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento de sistemas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 241-249, 2000.

ARGENTO, R.; BARCELLOS, C. Geoprocessamento e participação social. In: MIRANDA, A. C. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, v. 1, p. 205-215.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P. C.; PEITER, P. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.

BARCELLOS, C. et al. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v.17, n.1, p.59-70, mar. 2008

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federal de 1988**. São Paulo: J. Oliveira, 2001.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em out/2011.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS - e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em out/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS, 01/19. **D.O.U.**, Brasília, DF, de 06 novembro de 1996. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf>. Acesso em out/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. **Estabelece Normas E Procedimentos Reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica (Norma Operacional Básica do SUS 01/93)**. Brasília, 1993. Disponível: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em out/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.325, de 8 de dezembro de 2003.** Disponível em: < <http://www.saude.mt.gov.br>>. Acesso em out/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. In: PORTAL DA SAÚDE - SUS. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1498>. Acesso em 11 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** 6 ed. rev. Brasília, DF, 2005.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.569-582, 2003.

CORRÊA, R. L. A periferia Urbana. **Geosul**, Florianópolis, n. 2 , p. 70-78, jul. 1986.

CORRÊA, R. L. **O espaço urbano.** São Paulo: Ática, 2004.

CORTÊS, S. M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n., Jan./Jun 2002.

FARA, R. M; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Ra'e Ga**, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009.

O GLOBO. Rio de Janeiro, c1996-2012. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/>>. Acesso em 10 jan. 2011.

GONDIN, G. M. M. et al. **O território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.** 2008. Disponível em: <http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_2.pdf>. Acesso em nov. 2011.

IÑIGUEZ-ROJAS, L.B; BARCELLOS, C.; PEITER, P. Utilização de mapas no campo da Epidemiologia no Brasil: reflexões sobre trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 8, n. 2, p. 25-35, 2000.

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS (RIO DE JANEIRO, RJ). Diretoria de Informações da Cidade. Gerência de Cartografia Uso e Cobertura do Solo. Áreas urbanizadas. [Rio de Janeiro], 2004. Escala original - 1:200.000. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/3071_uso_urb_2004.PDF>.

JOHNSON, S. **O mapa fantasma: como a luta de dois homens contra o cólera mudou o destino de nossas metrópoles.** Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

- LACOSTE, Y. **A geografia**: isso serve, em primeiro lugar, para fazer a guerra. 2. ed. Campinas: Papirus, 1988.
- LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v 13, n.3, p.135 -147, 2004.
- MARTELETO, R. M. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v.30, n.1, p.71-81, jan./abr. 2001.
- MARTELETO, R.M; VALLA, V. V. Informação e educação popular: o conhecimento social no campo da saúde. *Perspectivas em ciência da informação*, *Perspectivas em Ciência e Informação*, Belo Horizonte, v.8 (n. especial), p.8-21, 2003.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico**: pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodologias. **Cad. de Saúde Pública**, Rio e Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai.-jun., 2005.
- MONMONIER, M. S. A Comunicação Cartográfica. In: **PRINCÍPIOS de Cartografia Básica**, 2002.v.1, cap.3. Disponível em: <<http://javali.fcav.unesp.br/sgcd/Home/departamentos/engenhariarural/TERESACRISTINATARLEPISSARRA/Cartografia-Basica.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2011.
- MORAES, I. H. S. Informação em saúde para o fortalecimento do controle social do SUS. In: **SEMINÁRIO de Comunicação, Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. p. 31-42
- MORAES, I. H. S.; GONZALEZ DE GÓMEZ, M. N. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.553-565, jun. 2007.
- MORAES, I. H. S, SANTOS, S.R.F.R. Informações para a gestão do SUS: Necessidades e Perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v.10, n. 1, p. 49-56, 2001.
- OLIVEIRA, L. **Estudo metodológico e cognitivo do mapa**. Rio Claro, 1977. Tese [Livre Docência] - Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista, 1977.
- OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v.13, n.2, p. 56-69, 2004.
- PORTAL PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/guest;jsessionid=8565A6530B07243E1A47EFD934E1DE9E.liferay-inst4>>

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.

SILVA, C.A.F.S. A promoção imobiliária recente no município do Rio de Janeiro. **Revista Território**, Rio de Janeiro, v.1, n.1,1996.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. In: PORTAL DA SAÚDE - SUS. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21383>. Acesso em 11 jan. 2011.

SANTOS, R. E. Ativismos cartográficos: notas sobre formas e usos da representação espacial e jogos de poder. **Revista Geográfica da América Central**, v. 2, n. 47E, 2011. Número especial.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. 4. Ed. São Paulo: Edusp, 2008.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 683-688, 2007.

SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder. Autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO I. E. ; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L. (Org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p.77-116.

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S; VILASBÔAS A. L. Q. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v.7, n. 2, p. 7-28, abr.-jun. 1998.

TEIXEIRA, M. J. O. **A vigilância epidemiológica e o controle público em tempo de SUS: a fala dos profissionais e usuários organizados da região da Leopoldina**. Rio de Janeiro, 1994. Tese [Doutorado em Saúde Pública] – Escola Nacional de saúde Pública, 1994.

VALLA, V.V. Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, 1992.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

XIMENES, R. A. A. et al . Vigilância de doenças endêmicas em áreas urbanas: a interface entre mapas de setores censitários e indicadores de morbidade. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.53-61, jan.-mar., 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de questões para profissionais de saúde

1 - Qual a unidade de saúde trabalha? (PSF, CS, OS, outra.)

2 - Há quanto tempo trabalha nessa unidade de saúde?

() 0 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () mais de 15 anos

3 - Que Sistema de Informação de Saúde (SIS) usa?

() SINAN () SIM () SINASC () outra. Qual?

4 - Como usa o SIS?

() Coleta e digita () Tabulação e relatórios () Analisa

5 - Se não analisa, porque não analisa?

() qualidade dos dados é ruim () não tem tempo () não tem equipe ou equipamento () não sabe analisar Justifique sua resposta

6 - Quais doenças relacionadas ao saneamento que você considera mais críticas no Recreio dos Bandeirantes? Como você justifica? Como você obtém essa informação?

7 - Que região do seu bairro/comunidade pode ser considerada como de maior incidência de doenças relacionadas com os serviços de saneamento?

8 - Quando tem alguma reclamação, sugestão ou elogio aos sistemas de saneamento ou saúde de seu bairro/comunidade, costuma fazê-lo? Onde?

9 - De que forma detectar as situações de saúde no bairro onde trabalha?

10 - Costuma ver notícias sobre a situação de saúde do bairro onde trabalha? Onde? (jornais, revistas, Internet, outros) Identifique-os.

11 - Você acha que as notícias nessas mídias refletem adequadamente os problemas de saúde e saneamento locais? Por quê?

APÊNDICE B - Roteiro de questões para Líderes Comunitários/Moradores

1. É representante de alguma comunidade específica? () sim () não
2. Há quanto tempo é morador da localidade? () 0 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () mais de 15 anos
3. Considera que os serviços de saúde têm fácil acesso e atendimento adequados as necessidades dos moradores? () sim () não () talvez
3.a Justifique:
4. Quanto aos serviços de saneamento (coleta de lixo, tratamento de esgoto, etc) do seu bairro, qual seu grau de satisfação? () altíssimo () alto () médio () baixo () baixíssimo
4 a. Justifique:
5. Quais doenças relacionadas ao saneamento você acha mais importantes no seu bairro/comunidade?
6. Alguém de sua família ou vizinho próximo já teve alguma dessas doenças: dengue, hepatite A, leptospirose ou esquistossomose? Quando?
7. Que região do seu bairro/comunidade pode ser considerada como de maior incidência de doenças relacionadas com os serviços de saneamento?
8. Quando precisa de um serviço de saúde local, qual procura primeiro? Por que?
9. Já ouviu falar em Sistemas de Informação em Saúde (SINAN, SINASC, SIM, SIH, etc)?
Caso afirmativo qual?
10. Quando tem alguma reclamação, sugestão ou elogio aos sistemas de saneamento ou saúde de seu bairro/comunidade, costuma fazê-lo? Onde?
11. Considera que alguma questão relacionada a saúde e saneamento de seu bairro/comunidade merece mais atenção? Qual?
12. De que forma costuma expressar suas insatisfações com as situações de saúde de seu bairro? Utiliza algum tipo de mídia, escrita ou falada? Qual? (Caso afirmativo, identifique-a)